



PATRONES DE CONSUMO Y OFERTA ASISTENCIAL

UNIÓN EUROPA

EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL

AMÉRICA DEL NORTE

LATINOAMÉRICA

DR. BENJAMÍN LÓPEZ SÁNCHEZ



Dianova International

<http://www.dianova.org>

Rue Centrale 15
Case postale 2647
CH - 1002 Lausanne
Tél. : + 41 21 324 24 24
Fax : + 41 21 324 24 25
dianova@dianova.org

Departamento de Investigación

C/ Dr. Trueta 26-28, 1º 2ª
E - 08860 Castelldefels, Barcelona
Tlf. : + 34 93 636 57 30
Fax : + 34 93 636 32 47
benjamin.lopez@dianova.org

PATRONES DE CONSUMO Y OFERTA ASISTENCIAL

DR. BENJAMÍN LÓPEZ SÁNCHEZ

ISBN: 84-931881-0-7

© Copyright Dianova International 2001



Prologo_____

Introducción_____

1. DEMANDA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS_____

**2. PATRONES DE CONSUMO Y RESPUESTA
ASISTENCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA**_____

3. SITUACION EN EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL_____

4. SITUACION EN ESTADOS UNIDOS_____

5. SITUACION EN AMERICA LATINA_____

6. PREVENCIÓN_____

7. REINSERCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS_____

8. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS_____

**9. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN
DROGODEPENDENCIAS**_____

Bibliografía_____

ÍNDICE

PROLOGO **I - XVII**

UNA NUEVA COMUNIDAD TERAPEUTICA PARA UN NUEVO SIGLO
Domingo COMAS ARNAU

INTRODUCCIÓN **2**

- El consumo de drogas	5
- La distribución de drogas	7
- La producción de drogas	9

CAPÍTULO PRIMERO **DEMANDA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS** **15**

1. Consumo a escala mundial	15
1.1. Cánnabis	15
1.2. Derivados de la anfetamina	16
1.3. Cocaína	17
1.4. Heroína	18
1.5. VIH/SIDA	19
1.6. Vías de consumo	20
1.7. Conclusiones	20
2. Tendencias y patrones de consumo a escala mundial	22
2.1. Cánnabis	22
2.2. Derivados de la anfetamina	23
2.3. Cocaína	25
2.4. Opiáceos	26
3. Extensión mundial del abuso de drogas	27
3.1. Conclusiones	27
4. Consumo de drogas entre jóvenes (15-24 años)	28
4.1. Cánnabis	29
4.2. Éxtasis	30
4.3. Cocaína	30
4.4. Heroína	31
4.5. Inhalantes	31
5. Costo y consecuencias del abuso de drogas	32
5.1. Demanda de Tratamiento	32
5.2. Peligros para la salud	35
5.2.1. Cánnabis	35
5.2.2. Crack y cocaína	35
5.2.3. Heroína	36
5.2.4. Derivados de la anfetamina	36
5.2.5. Éxtasis	37
5.2.6. Inhalantes	38
5.2.7. HIV/SIDA y los usuarios de droga por vía intravenosa	39

CAPÍTULO SEGUNDO

PATRONES DE CONSUMO Y

RESPUESTA ASISTENCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA

42

1. Estudio por sustancias	42
1.1. Cánnabis	42
1.2. Anfetaminas, Éxtasis y LSD	43
1.2.1. Situación por países:	44
- Austria	45
- Dinamarca, Finlandia y Suecia	45
- Francia	46
- Alemania	47
- Grecia	48
- Irlanda	49
- Italia	49
- Luxemburgo	50
- Holanda	50
- Portugal	51
- España	51
- Reino Unido	53
1.3. Opiáceos	54
1.4. Cocaína	55
2. Prevalencias del consumo en la UE	56
2.1. Consumo de drogas entre la población general	56
3. Demanda de tratamientos	57
4. Enfermedades infecciosas asociadas a la droga	58
5. Las adicciones y sus consecuencias sobre la salud neonatal	58
5.1. Alcohol	59
5.2. Cocaína	59
5.3. Cánnabis	59
5.4. Heroína	59
6. Fallecimientos relacionados con la droga	60
7. Respuesta Asistencial	60
7.1. Reducción de Daños	60
7.2. Clasificación general de tratamientos	62
- Concepto de efectividad de un tratamiento	64
7.2.1. Antagonización rápida de opiáceos	64
7.2.1.1. Material y Método	66
7.2.2. El Tratamiento de Sustitución	68
7.2.2.1. Metadona	68
- Resultados	69
- Calidad de vida	70
- Valoración	71
- Características funcionales de los tratamientos con metadona	72
- Criterios de inclusión y expulsión de los tratamientos con metadona	73
- Dosis	74
- Tipos y duración de tratamientos	75
- Modos de administración de la metadona	76
- Incidencia del consumo de cocaína en pacientes incluidos en PMM	77

7.2.2.2. Naltrexona	78
- Desarrollo histórico de los PMN	79
- Propiedades farmacodinámicas	80
- Efectos secundarios	80
- Retención en un programa de naltrexona y transformación de las áreas afectadas por la adicción	81
- Evolución del consumo de cocaína	82
- Evolución del consumo de alcohol	82
- Plan de tratamiento	83
- Inducción	83
- Estabilización	84
- Mantenimiento	84
- Duración del tratamiento	84
- Indicaciones	85
7.2.2.3. Buprenorfina	85
- Aproximación histórica	85
- La buprenorfina como ayuda a dejar de consumir opiáceos	88
- Buprenorfina y cocaína	89
- Buprenorfina y riesgos de sobredosis	89
- Buprenorfina y toxicidad hepática	91
- Buprenorfina y dependencia	92
- Buprenorfina y embarazo	93
7.3. Servicios de bajo umbral	94
7.3.1. Prescripción controlada de heroína	95
7.4. Consumidores de drogas y sistema jurídico-penal	97

CAPÍTULO TERCERO

SITUACION EN EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL

1. Pautas de consumo históricas y actuales	101
2. Tendencias específicas de drogas concretas	101
3. La respuesta jurídica	102
4. Reducción de la demanda de drogas	102
5. Drogas sintéticas	103

CAPÍTULO CUARTO

SITUACION EN ESTADOS UNIDOS

1. Tendencias Nacionales	105
1.2. Marihuana	105
1.3. Cocaína	106
1.4. Heroína	107
1.5. Derivados de la anfetamina	108
2. Patrones de consumo en los Estudiantes de Secundaria	109
2.1. Consumo por sustancias	110
2.1.1. Marihuana	111

2.1.2. Cocaína	111
2.1.3. LSD	112
2.1.4. Inhalantes	112
2.1.5. Alcohol	112
3. Tendencias de Tratamiento	113
3.1. Tratamiento	114
3.1.1. Crack y Cocaína	114
3.1.2. Heroína	114
3.2. Tipos de programas de tratamiento	116
4. Costos sociales	118
5. Medicamentos terapéuticos	119
6. Consecuencias del uso de drogas para la mujer	121
6.1. Riesgos asociados al abuso de drogas	121
6.2. El abuso de drogas y el SIDA	122
6.3. Tratamiento para la mujer	122
6.4. Alcance del uso	124

CAPÍTULO QUINTO

SITUACION EN AMERICA LATINA

126

1. Consumo, producción y políticas asistenciales	126
1.1. El consumo de drogas en América Latina	127
1.2. Las políticas asistenciales	131
2. HIV/SIDA en Las Américas	132
3. Reducción de daños	134
4. Situación por países	136
4.1. Argentina	136
4.1.1. Consumo	137
4.1.2. Uso intravenoso de cocaína en Argentina	138
4.1.3. VIH/SIDA	140
4.2. Chile	141
4.2.1. La producción como problema rural, y la distribución como problema urbano	141
4.2.2. Consumo	142
4.2.2.1. Grupos específicos	145
4.3. Uruguay	150
4.3.1. La prohibición y el aumento del consumo en Uruguay	152
4.4. Venezuela	155
4.4.1. Consumo	156
4.4.2. Prevención	156
4.5. Colombia	157
4.5.1. Cambios dentro del circuito de las drogas en el mundo	158
4.5.2. Pobreza rural: auge de los cultivos ilícitos	159
4.5.3. Violencia social	160
4.5.4. Cultivos de amapola	161
4.5.5. Capacidad exportadora	161
4.5.6. Compromisos antidrogas	162
4.5.7. Programa asistencial de Colombia	164

4.5.8. Tratamiento	164
4.6. Bolivia	165
4.6.1. La economía de la coca en Bolivia	165
4.6.2. ¿Por qué producen coca?	165
4.6.3. Impactos de la economía de la coca	167
4.6.4. Impactos de la lucha antidrogas	167
4.7. Nicaragua	168

CAPÍTULO SEXTO

PREVENCIÓN

173

1. Aproximación conceptual	173
2. Materiales	173
3. Características básicas de la Prevención	174
4. Definición operacional de términos	175
5. Algunas respuestas	181
6. Prevención en la Europa Occidental	183
6.1. Consumo de drogas entre escolares	183
6.2. La Política Europea en materia de prevención	184
6.3. El papel de la UE. en la Salud Pública: Maastricht	188
7. Prevención en América del Norte	189
7.1. Canadá	189
7.2. Estados Unidos	191
7.2.1. Enseñanzas de investigaciones sobre Prevención	191
7.2.2. Estrategias de Prevención: programas a largo plazo	192
7.2.3. Prevención integral	193
7.2.4. Prevención: eficacia y ahorro social	193
7.2.5. Diseñar Programas	194
8. Prevención en Latinoamérica	195
8.1. Reunión Iberoamericana (FAD)	196
8.1.1. Ambito educativo	196
- Formación de profesores	197
8.1.2. Gestión de programas	198
- Ambito comunitario	198
8.1.3. Promoción con asociaciones	199
- Marco estructural	199
8.1.4. Los niños trabajadores de y en la calle	200
- La violencia comunitaria	201
8.1.5. Capacitación y materiales	202
- Formación de formadores	202
- Formación de mediadores	202
- Población diana de los programas preventivos	203
8.2. Situación por países	203
8.2.1. Argentina	203
8.2.2. Chile	209
8.2.3. Uruguay	215
8.2.4. Nicaragua	218

8.2.5. Colombia	225
8.2.6. Bolivia	227
8.2.7. Venezuela	230
8.2.8. El Salvador	231

CAPÍTULO SÉPTIMO

REINSERCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

234

- Introducción	234
1. Apoyo Institucional a la Reinserción	237
1.1. El Marco Institucional de la Unión Europea	237
1.1.1. Los Fondos Estructurales	237
- Objetivos de los Fondos Estructurales	238
- Fondo Social Europeo	238
- Estructura de Apoyo INTEGRA, Fondo Social Europeo	239
- Medidas elegibles en el FSE (2000-2006)	245
- Instrumentos comunitarios de desarrollo	247
- La iniciativa comunitaria EQUAL	248
- Los antecedentes de EQUAL	248
2. Clarificación terminológica	250
3. Ejemplo de Fase de Reinserción en programa de CT	251
4. Programa específico en CT de corta duración	256
5. Intervenciones y experiencias en España	257
5.1. La intervención del FSE. Líneas Directrices del Empleo	257
5.2. Empresas de Inserción	260
5.2.1. Objetivos y fines de la FEDEI	264
5.3. Programas de Incorporación Social en España	265
5.3.1. Ejemplo de Programa Autonómico	267
6. Situación en Italia	275
6.1. El trabajo como promoción	275
6.2. Proceso de Inserción	277
6.3. Algunas herramientas	278
6.3.1. Valoración proyectiva	278
6.3.2. La Promoción	279
6.3.3. La Sensibilización	279
6.3.4. Actividades de monitorización	279
6.3.5. Verificación de las intervenciones	280
7. Iniciativas en Grecia	281
7.1. KETHEA	282
7.2. PROGRAMA 18	283
7.3. THISEAS	284
7.4. OKANA	285
8. Un Ejemplo Francés	287
8.1. La Espeleología como actividad de Reinserción	289
9. Portugal: La ONG <i>DIANOVA</i> como Empresa de Inserción	294

CAPÍTULO OCTAVO

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

297

1. Adaptación de las CCTT a la cronicidad y comorbilidad de los drogodependientes	298
2. Origen y desarrollo, SYNANON, DAYTOP-VILLAGE:	298
2.1. SYNANON	298
2.2. DAYTOP-VILLAGE	300
3. La CT de origen anglosajón. Desarrollo y características, MAXWELL JONES	301
4. La C.T.D. según DAYTOP y la CT según M. JONES	302
5. Europa: La Nueva Comunidad Terapéutica	304
5.1. Profesionalidad	304
5.2. Investigación	305
5.3. Formación	306
5.4. Redes	306
5.5. Valores	307
6. Indicadores de Calidad en las CCTT. Europeas	308
7. Definición de Comunidad Terapéutica Profesional	311
8. Propuesta de un conjunto de indicadores de calidad	312
9. Criterios de indicación en CT	315
10. Evaluación cognitivo-conductual de heroinómanos en CT	318
11. Retención en las Comunidades Terapéuticas	320
12. Valoración económica de los servicios de una CT Profesional	320
13. Criterios básicos para considerar una institución como CT. Profesional	322

CAPÍTULO NOVENO

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN DROGODEPENDENCIAS

326

1. Evolución de la Calidad en Drogodependencias	326
1.1. Concepto de Valor	327
1.2. Calidad asistencial	328
1.3. Factores que influyen en la producción de la Calidad	329
1.4. Percepción de la Calidad	330
1.5. Sistemas de Calidad	330
1.6. Enfoques de la Calidad	332
1.7. Principios para la obtención de un servicio de Calidad	332

BIBLIOGRAFÍA

a - h

PROLOGO

UNA NUEVA COMUNIDAD TERAPEUTICA
PARA UN NUEVO SIGLO

DOMINGO COMAS ARNAU

UNA NUEVA COMUNIDAD TERAPEUTICA PARA UN NUEVO SIGLO

En los últimos años **Dianova International** ha protagonizado un proceso de transformación que le ha llevado, desde aquel lugar que establecieron las organizaciones de autoayuda del “movimiento social contra las drogas” en los años 70, hasta otro muy distinto en el que se encuentran también los dispositivos, públicos y privados, que se desarrollaron posteriormente al socaire de los procesos de institucionalización y profesionalización de la asistencia a los adictos, surgidos en la segunda mitad de los años 80, en casi todo el mundo. Sin duda el proceso vivido por Dianova resulta especialmente apasionante al menos por dos motivos, de una parte ha nacido en el seno de una organización previa que no era poca cosa, ya que se trataba de una de las más relevantes y representativas (tanto en el sur de Europa, como en Latinoamérica o Canadá) de aquel “movimiento social contra las drogas” que caracterizó la fase más dura de la epidemia de heroína.

Su historia, la historia de El Patriarca y la posterior creación de Dianova, que están aún por escribir, resolvería muchos de los interrogantes que todavía mantenemos en relación con aquel convulso momento social, político y cultural. La respuesta a los problemas que ocasionaban las drogas caracterizó, mejor que muchos otros procesos sociales, los profundos cambios vividos en el mundo desarrollado entre finales de los años 60 y el inicio de la década de los 90. Después, en los últimos 10 años, las aguas se han remansado y parece que vivimos un momento más estable, con menos cambios. Pero ya es otra etapa histórica, quizás otra civilización, tras veintitantos años de un doloroso parto, en el que muchos jóvenes y amigos se perdieron, como cuenta en su poema “Aullido” Allen Ginsberg, pero sin que nadie, ni los que se perdieron, ni los que

sobrevivieron, ni los que estábamos observando, supiera muy bien lo que podía estar ocurriendo, más allá de la omnipresencia de la heroína por vía endovenosa.

Pero además, y este es el segundo motivo de interés, en el caso de Dianova la transformación no ha sido superficial sino que ha implicado una apuesta radical para evolucionar, en un corto espacio de tiempo, desde una entidad total y autosuficiente que vivía en su propio y personal “apartheid”, hasta una organización que busca adaptarse a las nuevas realidades desde, por si fuera poco, una perspectiva de calidad en sus servicios. Un cambio de implica dejar atrás una historia de conflictos con las instituciones para comenzar a buscar acuerdos, intercambios y posibles colaboraciones, en la óptica de ofrecer los mejores servicios asistenciales, en una Comunidad Terapéutica renovada y abierta a las exigencias y necesidades que el siglo XXI ya está planteando para este tipo de instituciones.

Decir esto es decirlo todo pero a la vez decir poco, porque la transformación vivida por Dianova no sólo se refiere a su filosofía, a su misión, global, sino a cada uno de los pequeños aspectos por los que se rige **la vida cotidiana en la Comunidad Terapéutica**. No sólo se trata de que el educador, que el monitor, el psicólogo o el medico, respondan a otra lógica (unas bases de intervención contrastadas científicamente, evaluación permanente y orientación hacia la reinserción social), o a integrar a toda una serie de nuevos profesionales, cuya presencia se hace cada vez más evidente, sino de que el programa terapéutico sea capaz, en lo concreto, en lo inmediato, en el cada día de un centro asistencial, a dar respuesta a los nuevos problemas que las drogas están ocasionando a distintas personas en las diferentes partes del mundo.

Sin duda se trata de un objetivo muy ambicioso, pero también debemos tener claro, que para dar esta respuesta la Comunidad Terapéutica sigue representado una de las aportaciones metodológicas más eficaces. Por supuesto se trata de una nueva Comunidad Terapéutica que rehuye viejos fundamentalismos y que se

plantea, por encima de todo, a ayudar a las personas a superar sus problemas de dependencia. La pregunta es entonces: ¿cómo hacerlo en esta nueva constelación de circunstancias? Pues de una manera muy variada. A veces mediante técnicas conductuales, a veces educativas, con la familia o sin ella, con la ayuda de fármacos o mediante técnicas más naturales, en un sistema residencial o sólo semiresidencial, con una larga duración o a través de una estancia breve, con objetivos maximalistas o con programas de bajo umbral. Todo es posible, todo es correcto, si lo que se hace se adecua a las necesidades y a las posibilidades del adicto. Todo ello puede pensarse, diseñarse y realizarse además desde la Comunidad Terapéutica, que facilita tanto las técnicas intensivas como las extensivas y por supuesto cualquier combinación de las mismas.

He introducido todas estas imágenes previas, es decir, en primer lugar los procesos de cambio vividos en el mundo, y no sólo con relación a las drogas, en el cuarto de siglo que se inicia a finales de los 60, en segundo lugar la emergencia de Dianova en la segunda mitad de los años 90 y en tercer lugar el papel reservado a la Comunidad Terapéutica en el nuevo siglo, para comprender el sentido y el significado del texto que sigue. Metodológicamente se trata de una **revisión de documentación secundaria**, cuyo objetivo original es el de ofrecer a todo el ámbito Dianova una visión más o menos completa de la situación del tema drogas, desde la oferta hasta la demanda, desde el consumo y las necesidades asistenciales hasta la respuesta institucional, desde la prevención hasta la reinserción, para llegar finalmente a definir que es esto de la Comunidad Terapéutica y cuales son sus nuevos componentes. Se trata además de un documento cuyo primer objetivo, que se mantiene en el texto definitivo, es el de propiciar el debate interno entre los profesionales de Dianova.

Con estos antecedentes se podría pensar que estamos ante un documento de una utilidad limitada, que sólo puede interesar a aquellas personas que, en el seno de Dianova, son los protagonistas de esta transformación de la que se viene hablado. Pero esto aun siendo cierto no lo es del todo, porque siendo útil para Dianova

también consigue tener, justamente, un notable interés para todos aquellos que trabajan en el ámbito drogas, especialmente los profesionales de Comunidad Terapéutica, porque se trata de una síntesis, de un “estado de la cuestión” de carácter general, que permite, a cualquiera, adentrarse y debatir sobre lo que esta ocurriendo en el mundo con todo lo que se relaciona con las drogas.

De hecho uno de los problemas, a los que suelen estar abocados los profesionales que trabajan en el ámbito drogas, en especial los de la asistencia y dentro de ellos de forma muy especial los que trabajan en Comunidad Terapéutica, se refiere a la pérdida del sentido del contexto social e histórico, necesario en el momento en el que “entraron” a trabajar en el dispositivo, ya que sin este sentido global no habrían sido capaces de comprender lo que estaban haciendo, pero que se rutiniza progresivamente con el trabajo cotidiano. Un libro que ya es antiguo, como casi todo en este tema, el del Nick Maining editado por Routledge en 1989, sobre los centros asistenciales en Australia, ponía ya en evidencia este riesgo para las Comunidades Terapéuticas, demostraba, con la experiencia empírica obtenida en aquel lejano país que entre el carisma y la rutinización resulta a veces difícil encontrar un punto de equilibrio. Quizás para Dianova esta mirada sobre el mundo tenga la finalidad de revolver las certezas de un discurso que en su día fue demasiado carismático, pero para otros profesionales, otras Comunidades Terapéuticas, les va a ayudar a apartarse de un exceso de rutina que también les ha ocluido la realidad. Se trata de dos formas distintas de opacidad, pero tan peligrosa la una como la otra.

Por ello el texto que ha preparado Benjamín López se resuelve en una mirada fresca, nueva, inocente, de alguien que ha vivido en el contexto de una determinada experiencia con la respuesta asistencial a las drogas y que de pronto cruza el espejo y se encuentra al otro lado y como aquellos “buenos salvajes” de viaje por Europa que protagonizaban las historias de los ilustrados en el siglo XVIII, va descubriendo como son las cosas en verdad, una realidad que los propios cortesanos, demasiado sujetos a las formalidades de la etiqueta, no podían

siquiera entrever, pero que la mirada del “otro”, del extraño inocente, les ayuda a atisbar, para, de un lado reírse un poco de sí mismos y del otro darse cuenta de sus propios y en ocasiones graves errores. Esta mirada, la mirada sobre las drogas que aparece en este texto, permite a los “profesionales de siempre” hacerse cargo de cosas que tenían un poco aparcadas.

Pero ya hemos dicho que no se trata de una reflexión sino de una recopilación documental utilizando fuentes indirectas. Es decir de un tipo de investigación que, de forma unánime y desde hace tiempo, todos los manuales de ciencias sociales vienen identificando como uno de los métodos de investigación, sin embargo se utiliza poco, quizás porque se considera injustamente una estrategia metodológica un tanto pobre y la mayoría de autores tienen tendencia a trabajar con otras técnicas de investigación que se supone aportan ideas más brillantes, originales o propias. Claro que como consecuencia de esta actitud disponemos de un conjunto inabarcable de hermosas especies de árboles (chopos cualitativos, encinas cuantitativas, pinos muestrales, cedros delphi y hasta exóticas ceibas “observación participante” en una selva trezada por la popular especie “objetivos, material, método, discusión”) pero no tenemos ni idea de lo que esta ocurriendo en el bosque y puede que, aprovechando tanta foresta, Caperucita se este comiendo el lobo. De hecho la investigación partiendo de documentación secundaria debería ser una de nuestras prioridades, tan importante como las encuestas nacionales, los registros de casos o las evaluaciones de programas, pero nadie parece dispuesto a ponerle el cascabel al gato.

En este caso se utiliza una base de setenta y tantos documentos que fueron seleccionados tras un intenso trabajo de búsqueda y que sabemos que no es fácil. De hecho en otro trabajo que estoy realizando y en el que trato de localizar artículos científicos, no institucionales, españoles, sobre política de drogas en este país, me encuentro con la dificultad de su práctica inexistencia. Así revisando la totalidad de actas de las Jornadas Anuales de la Asociación Sociodrogalcohol, con veintimuchos volúmenes y casi ochocientos artículos, sólo en cinco casos se

puede hablar de aproximaciones que proporcionen una visión global del tema desde la perspectiva de las necesidades de la planificación y la definición de políticas. La mayor parte de las ponencias se refieren a presentación y/o evaluación de intervenciones muy particulares y en las que la mayor parte de la bibliografía citada no tiene que ver con las aportaciones españolas sobre el tema, sino exclusivamente referencias, también particulares, del ámbito anglosajón. Lo más llamativo es que en dicha colección de actas, aparecen, a lo largo de los años, diferentes aportaciones sobre algunos temas particulares, es decir pongamos que hay treinta artículos bastante correctos y adecuados sobre prevención de recaídas, pues bien el artículo treinta y uno no cita para nada a los anteriores, sino, de nuevo, sólo a autores norteamericanos.

Obviamente esto no es ciencia porque una condición del quehacer científico es la acumulación de conocimiento y la ignorancia de la que se hace gala, sobre el propio tema y el propio país, resulta no sólo acientífica sino escandalosa.

Un proceso que seguramente se repite en todos los países de nuestro entorno (aunque con matices en Francia) y por supuesto toda Latinoamérica y del que, lógicamente sólo se salva Inglaterra y de forma muy especial EE.UU., ya que aun haciendo lo mismo, ocurre que todas las experiencias que contrastan son las propias. Esto les permite plantear metaevaluaciones y visiones de conjunto que tanto escasean en nuestros lares. No por falta de elementos, de documentación, ya que hay, en cualquiera de nuestros países bibliografía e investigaciones suficientes, sino porque parece más relevante, por las razones señaladas en un párrafo anterior, comparar el índice de retención de un dispositivo concreto con seis índices de otros tantos y desconocidos dispositivos norteamericanos, que saber que cambios se han producido y que nuevas necesidades tienen los adictos de un territorio determinado a la hora de tomar decisiones sobre la política asistencial más conveniente.

La gran ventaja del texto que sigue es que esta visión de conjunto constituye su objetivo principal, o al menos esto es lo que pretende, lo pretende para la gente de Dianova, pero de rebote lo consigue para todos, especialmente para los profesionales de Comunidades Terapéuticas que “encerrados” (más encerrados a veces que los propios usuarios), que no saben a donde acudir para contestar a la pregunta de ¿qué pasa ahí afuera? y ¿cómo nos puede estar afectando?.

El texto, que por su propia funcionalidad a veces parece un poco desordenado, toca toda una serie de temas, cuya coherencia cabe explicarla en función de las intenciones del autor, no se trata de dar una visión sistemática, siguiendo criterios académicos sobre el tema de las drogas y su respuesta, sino aportar elementos al equipo interdisciplinar que trabaja en la asistencia y en particular en la Comunidad Terapéutica. La coherencia del texto es entonces la de una determinada visión y el desorden un reflejo de “aquellos temas que pudieran interesar” a estos profesionales, los cuales no deben corresponderse necesariamente con el esquema de prioridades políticas o académicas. Se trata de otra agenda, pero de un discurso que hay que escuchar, porque refleja aquello que interesa verdaderamente “desde abajo” a los que están de forma cotidiana trabajando en la red asistencial.

En este sentido el texto tiene dos partes diferenciadas, la primera, por decirlo de alguna forma, se corresponde más bien con la lógica territorial de Dianova, porque hace un balance del tema en cuatro **grandes áreas geográficas** que coinciden con aquellas en las que Dianova mantiene alguna presencia, es decir la primero la Unión Europea, después los antiguos Países del Este, para seguir por Estados Unidos y Canadá y finalmente Latinoamérica. Después aparece otra parte más temática, en la que las cuestiones se plantean al margen de las áreas geográficas pero acaban plasmándose en alguna de las mismas.

Lo más significativo de cada uno de estos capítulos reside en el hecho de que en cada uno de ellos el tratamiento del tema es muy diferente, en una gran medida

porque este es el reflejo de lo que pasa en las distintas zonas geográficas y además tratado desde la perspectiva que necesitan aquellos que tienen que trabajar en la base de una Comunidad Terapéutica. Así por ejemplo para el área de la **Unión Europea** se trata, en primer lugar de la cuestión de los niveles y las características del consumo comparando los distintos países, lo que viene a reflejar la prioridad otorgada por los Observatorios sobre Drogas (tanto el de la UE en Lisboa, como diferentes puntos focales nacionales y algunos observatorios regionales) a este tipo de datos. Después no se pueden dar más que algunas pinceladas en torno a una estrategia sobre drogas europea, pero si es posible en cambio un largo apartado dedicado a las políticas de reducción de daño e introduciendo ahí la cuestión de los fármacos, en concreto metadona, naltrexona y bupremorfina. Es lo lógico, a pesar de que a los europeos puede que nos guste poco, porque de hecho es en Europa y no en EE.UU. donde más se habla de estas cosas y donde mas partidarios hay de la fantasía omnipotente de que las drogas son sólo un asunto médico que se va a ir resolviendo con los actuales y previsibles fármacos del futuro. El resto de la red, encerrada en sus cubículos, dedicado a defenderlos, en mantener a salvo la precariedad, ni se ha enterado de que esto es ya Europa.

Después aparece un corto apartado dedicado a **Europa Oriental** en el que sólo se habla de consumo. Se trata de un grito de alarma ante la situación que se vive en estos países, peor que la que se vivió en Europa Occidental hace veinte años, porque al menos aquí el “movimiento social contra las drogas” exigió respuestas y las obtuvo en unos pocos años. En cambio en los antiguos Países del Este, que ya llevan más de diez años instalados en la epidemia, la propia crisis económica, social y cultural, les impide poner en pie ningún tipo de movimiento social y por encima, la ayuda de la Unión Europea aparece sesgada por una respuesta ante una situación muy diferente. Nuestra actitud con el problema de las drogas en los Países del Este recuerda aquel chiste cruel del turista europeo de viaje por Etiopía que pregunta porque los niños están tan delgados y cuando le explican que “*es por que no comen*” se dirige muy serio a las criaturas para reconvenirlos “*pues hay que comer*”.

En el caso de **Estados Unidos** el informe presenta en primer lugar las grandes tendencias de consumo, ya que a fin de cuentas el NIDA ofrece, en este tema, una información muy consistente desde hace dos décadas, hasta el punto que esta información suele utilizarse, bajo el incierto emblema de *“lo que pasa en Estados Unidos acabara pasando en otros países”* para intentar explicar las tendencias mundiales con el consumo de drogas. Después el informe se ocupa de lo que ocurre con ciertos grupos, identificados por la edad, el género o la pertenencia étnica, así como programas específicos dirigidos a tales grupos y en especial a mujeres. Se pone así en evidencia la obsesión norteamericana para definir y trabajar sobre fracciones sociales, lo que en parte se explica por el papel que desempeñan en este país los grupos de autoayuda, que nunca son genéricos como en Europa, sino propios de cada una de estas fracciones sociales.

Finalmente aparece **Latinoamérica**, con un repaso detallado por países, en especial, aunque no exclusivamente, entre los que existe algún tipo de dispositivo de Dianova, en cada uno de los cuales se toca el tema desde la perspectiva de la información disponible. Lógicamente en muchos países latinoamericanos el tema del narcotráfico ocupa un lugar relevante, también en casi todos el tema de la prevención, aunque en muy pocos hay políticas institucionales reales de prevención. De hecho el problema de Latinoamérica con las drogas queda muy claro en el informe. Se trata de un exceso de seducción de modelos foráneos y una gran falta de análisis de la realidad propia. Lo cual parece muy contradictorio con las tendencias de sistematización de proyectos, trabajo comunitario y análisis psicosocial tan hegemónicos en esta parte del continente. Pero igual todo esto no sean más que palabras para escamotear la verdadera realidad, tanto la realidad criolla como la realidad indígena.

Como ya hemos dicho, la otra parte del informe trata **temas de carácter general**, el primero se refiere a **la demanda mundial de drogas**, corto pero consistente y del que podemos entresacar dos ideas, la primera que quizás es ya un lugar común

para una gran parte de profesionales, pero que para Dianova, demasiado acostumbrada hasta hace poco tiempo a proponer, con carácter muy rígido, el mismo programa, sin permitir la menor desviación, en muy diferentes contextos, es muy importante: se consumen distintas drogas, con distintos hábitos y produciendo consecuencias muy diferentes en los distintos lugares del mundo.

En segundo lugar se ofrece, por primera vez, aunque en estos mismos días diferentes responsables de las Naciones Unidas ya comienzan a insinuarlo, aunque ciertamente con poca credibilidad publica por la excesiva implicación de este Organismo con las propuestas más represivas, que el modelo internacional del narcotráfico comienza a mostrar los primeros síntomas de crisis y que, incluso, podríamos estar asistiendo a su quiebra definitiva.

De hecho comienza a vivirse con las drogas una situación similar a la última fase del tráfico de esclavos. Hemos pasado de un modelo de narcotráfico generalizado, con numerosas fuentes de producción y una gran diversidad de proveedores, a un modelo en la que las fuentes y los proveedores se van reduciendo y quedando más aislados, básicamente por la entrada de muchos países tradicionalmente productores en procesos de desarrollo e industrialización incompatibles con una estructura social y económica que posibilite la producción de drogas naturales ilegales. Los países que se mantienen en la miseria extrema, son demasiado pobres y carecen de una red social que facilite esta producción. Sólo Colombia mantiene un modelo idóneo de narcotráfico: un país con una estructura social bastante desarrollada pero cuyas condiciones sociales y políticas, en especial la inexistencia del Estado en la mayor parte del país, facilita la conformación de una sociedad que puede producir, elaborar y distribuir cocaína.

Pero además la demanda del tipo de drogas ilícitas producidas y distribuidas por lo que este modelo internacional de narcotráfico se está reduciendo (salvo quizás y de forma muy paradójica en los propios Estados Unidos en los que se mantiene estable), a pesar tanto de la emergencia de nuevos mercados en algunos países en

vías de desarrollo como de la crisis social de los antiguos Países del Este. De hecho se está abriendo otro modelo en el que la adicción tiene cada vez menos que ver con el narcotráfico internacional y mucho más que ver con el mercado legal y con la producción química local. Asimismo el triunfo del liberalismo económico se asocia a una creciente hegemonía de las posiciones mas proclives a la legalización, aunque obviamente este proceso no se podrá producir sobre las actuales drogas ilegales naturales (salvo quizás Cannabis), sino sólo cuando este mercado internacional del narcotráfico profundice su crisis y, a la vez, el nuevo modelo de drogas químicas, tanto legales como ilegales, domine el panorama.

En el proceso han intervenido diferentes factores, sin duda el más importante, la finalización del ciclo de cambios sociales y culturales, que presidió las décadas de los sesenta, setenta y ochenta, después las consecuencias inesperadas o dañinas que se desprendieron de todo ello, -en especial el SIDA-, que eran intrascendentes cuando el gran objetivo era el cambio social, pero que en la actual etapa de estabilidad se vuelven inaceptables para la sociedad. También hay que hacer mención al nuevo sistema de estratificación social, en el que una nueva clase media consumista mantiene, en especial en los países más desarrollados, una clara hegemonía. Finalmente los cambios tecnológicos, que conducen a las drogas naturales (y a sus mezclas) hacia la imagen de un mundo cutre, antiguo y obsoleto, frente a las nuevas y modernas drogas químicas, aparentemente menos peligrosas, menos adictivas y más discriminantes, aunque también más light, en sus efectos.

También es cierto que todo esto reúne buenas dosis de fantasía, porque las drogas ilegales naturales seguirán existiendo, porque la vía endovenosa seguirá practicándose, porque la mayoría de adictos serán aún más policonsumidores y porque este ideal del “consumidor controlado” que elige cada fin de semana una o varias sustancias distintas entre todas las disponibles, según el “plan” que tenga, está muy lejos de ser real. Pero esto es lo que se cree la sociedad y si he aprendido algo en mi vida, es que la realidad vale muy poco cuando la sociedad y los medios

de comunicación piensan lo contrario. Claro que de vez en cuando la realidad se toma la revancha.

En resumen, en esta finca de caña de azúcar que es nuestro mundo, el sistema de la esclavitud, es decir el narcotráfico, ya es poco rentable, lo que implica que es preferible contar con trabajadores libres, es decir fármacos, a los que se puede pagar una miseria y al mismo tiempo ofrecer sensaciones que se supone preservan su libertad. Por este motivo ya no podemos dedicarnos a liberar a nadie, sino más bien a intentar defender los derechos de los trabajadores y mejorar su calidad de vida. Naturalmente, también se podría quemar la plantación, pero esto es otro tema.

Otra cuestión tratada monográficamente en el texto es la cuestión de **prevención** o como se dice ahora la reducción de la demanda. Resulta interesante, en primer lugar, en cuanto plantea la situación sólo en dos grandes áreas, la primera Estados Unidos con sus políticas institucionales de “prevención” que tanto prestigio poseen a pesar de los escasos éxitos logrados y la segunda Latinoamérica, de la que es fácil hablar mucho por todo lo que se dice sobre prevención en las innumerables reuniones que se realizan sobre el tema. Del análisis queda fuera Europa y esto podría ser considerado un error porque para muchos especialistas es justamente en Europa donde la prevención esta logrando, en el ámbito comunitario y frente el modelo de programas cerrados de origen norteamericano, un espectacular despegue. Pero el autor se olvida de ello, quizás no debería haberlo hecho, pero por otro lado es todo un síntoma.

Es posible que haya llegado la hora de plantear que la prevención en Europa exige una revisión global al margen del mero recuento de programas en las bases de datos. Hay miles de programas en Europa, cientos de materiales probados y supuestamente eficaces, pero ¿qué es la prevención en Europa? Pues una compleja confusión en la que sólo los expertos se orientan, sobre la que además aterrizan de forma descontextualizada los materiales norteamericanos. No hay una estrategia

Europea de prevención y los propios documentos que plantea la UE, son meras generalizaciones sobre las diversas y contradictorias cosas que se están haciendo. Por ejemplo en Europa una mayoría de expertos opina que las campañas de publicidad en TV son poco eficaces e incluso antipreventivas, sin embargo uno de los mayores gastos en prevención se refiere a campañas mediáticas. En cambio en Estados Unidos piensan que si son preventivas y las hacen, pero si en Europa hay desacuerdo ¿por qué no se discute el tema?. Podemos pensar que el texto no toca entonces el tema de la prevención en Europa porque es difícil decir algo coherente, pero de hecho el problema es otro.

Creo, y es la primera vez que lo digo y tampoco se lo he oído decir a otro, que la prevención en EE.UU, es una “tarea científica” en la que hay mucho de política de grupos de presión, mientras que en Europa la prevención es una confusa amalgama de “intervenciones comunitarias” que las instituciones intentan sustituir por el modelo norteamericano de programas científicos de éxito. Se puede explicar lo que se hace en EE.UU. en cambio es difícil explicar lo que se hace en Europa (de ahí tantas bases de datos, tantos listados, sobre programas de prevención), y desde una perspectiva científica positivista lo que se hace en Europa parece incoherente. Pero mientras que más de treinta años de programas científicos de éxito no han conseguido reducir las tasas de consumo de drogas en EE.UU., en poco más de quince, en la mitad de tiempo, en Europa una serie de iniciativas poco coherentes, pero iniciativas sociales al fin, han conseguido modificar el panorama de consumo.

El otro gran apartado monográfico se refiere a la **reinserción** y aquí de nuevo el factor geográfico resulta el más relevante, porque prácticamente todas las referencias se refieren a la Unión Europea y el tema del trabajo, es decir la inserción sociolaboral. De nuevo esto es lo que hay, porque es en Europa y casi sólo en Europa donde se plantea verdaderamente el tema de la reinserción, en un contexto, además de grandes políticas trasnacionales relacionadas con el fenómeno del paro juvenil. Se cita los programas generales de la Unión Europea y

las políticas nacionales de España, Italia y Grecia (los países más afectados por el paro), así como la experiencia de Dianova en Portugal.

Es posible que en todo este repaso falte algo, por ejemplo las políticas sobre menores o el tema del alcohol, pero se trata de cuestiones que por sí mismas tienen suficiente entidad y que nos permiten dejar tareas pendientes para el futuro, y que, con la misma intención y la misma metodología, tanto Dianova como otros, pueden tratar de abordar de la misma manera, para después debatirlas.

He dejado para el final todo lo relacionado con la **Comunidad Terapéutica**, en parte porque es el último capítulo y en parte porque parece la más floja, entre otras cosas porque la documentación manejada, una parte de la cual es mía, resulta un poco obsoleta. De hecho la mayor parte de la literatura sobre Comunidad Terapéutica para Drogodependientes, se produjo en los años 80 en plena etapa, tanto en el ámbito carismático como en el profesional, de hegemonía del modelo total y absolutista de Comunidad Terapéutica y después sólo han aparecido reiteraciones de aquello que se estableció en aquella etapa. Las insuficiencias que se pueden visualizar en esta última parte reflejan esta realidad y nos invitan a proseguir nuestra indagación. Nos invitan a retomar la reflexión sobre un tema que se quedó paralizado hace un decenio, cuando el mito de la Comunidad Terapéutica autosuficiente entro en crisis.

Por este motivo me siento obligado, aunque sea brevemente, a lanzar una propuesta sobre lo que creo que debe ser la Comunidad Terapéutica en el siglo XXI, aprovechando la ocasión de un texto que nos proporciona una serie de pistas. La más importante sin duda es que no nos queda mas remedio que emprender la tarea de diseñar una nueva Comunidad Terapéutica si queremos preservar la institución. Pues hemos aprendido quela Comunidad Terapéutica es necesaria, es eficaz, es útil, se puede adaptar a condiciones cambiantes, aunque ahora está en crisis porque la hemos mantenido durante mucho tiempo inmovilizada.

De alguna manera la Comunidad Terapéutica para drogodependientes es algo así como una tarta exquisita, dulce, bonita y sabrosa. Alguien la sacó a la mesa hace ya un cuarto de siglo utilizando la antigua receta del abuelo Maxwel Jones, y desde entonces todos los invitados la miran pero nadie le hinca el diente, porque están todos admirados, extasiados, ante tamaña perfección y temen destruirla. Como consecuencia en veinticinco años se ha quedado bastante reseca y resulta incomedible. Pero podemos añadir almíbar (y en este momento hasta un puntito moderado de licor) para que recupere su textura. Claro que si hacemos esto será para aprovecharla de verdad, para comerla, dejando el éxtasis estético para la próxima tarta, que seguro que saldrá a la mesa en cuanto no quede ni miga de esta. En este caso, también la admiramos pero sólo un ratito, porque las tartas son para comérselas.

La idea central, el almíbar y el licor, se refiere a la necesidad de abrir la Comunidad Terapéutica a las nuevas necesidades y demandas, primando en este sentido dos grandes ideas, primero la pérdida de relevancia de las adicciones simples, de las que la heroína es un buen ejemplo y la segunda la posibilidad de introducir fármacos en el trabajo en Comunidad Terapéutica. Es decir la CCTT ya no se identifica con un espacio residencial libre de drogas, sino con una metodología intensiva de trabajo que admite todo tipo de estrategias asistenciales. Por supuesto no todas ellas en el mismo sitio y en el mismo momento, pero sí todas ellas bajo el paraguas de la Comunidad Terapéutica, es decir, algunas Comunidades podrán admitir sólo casos en mantenimiento con metadona, otras no admitirlos y algunas trabajar de forma mixta, asimismo se podrá trabajar con un grupo reducido o con un grupo amplio de sustancias, con sólo adultos, con menores, con un sólo género o con ambos, con una duración predeterminada o variable,.... Lo que importa es que se realice un diseño completo, en el que se elijan los contenidos de cada dispositivo (esto sí, esto no) y que al final responda a la metodología de la Comunidad Terapéutica.

Obviamente algunos podrán plantear entonces ¿qué queda de la Comunidad Terapéutica si puede ser cualquier cosa?, pero esta es una pregunta mal formulada que confunde elementos sustantivos (la Comunidad Terapéutica como un procedimiento intensivo de resocialización), con elementos fácticos (la versión clásica de los programas libres de drogas). ¿Significa esto que la Comunidad Terapéutica ya no puede proponer programas libres de drogas? En absoluto porque la mayor parte de los usuarios, al menos por ahora, deben continuar en programas libres de drogas, porque la Comunidad Terapéutica es un buen dispositivo para este tipo de programas. Pero también puede serlo para otros.

Por ello, desde mi perspectiva la flexibilidad del diseño debe acompañarse de un mayor rigor metodológico, porque justamente lo que identifica a la Comunidad Terapéutica es este rigor en el programa asistencial. Es decir la Comunidad Terapéutica puede tener el mejor programa de mantenimiento con metadona, puede usar mejor que nadie otros fármacos, puede trabajar con adictos socialmente integrados que sólo acuden el fin de semana o puede ayudar a resolver los problemas familiares de los alcohólicos, porque es un dispositivo de mayor calidad, un lugar de tratamiento intensivo, que mejora, para muchos adictos las condiciones que ofrecen otros programas y dispositivos. Pero claro, hay que poner en marcha este modelo óptimo de Comunidad Terapéutica.

Siguiendo con la metáfora de la plantación de caña de azúcar mencionada en párrafos precedentes, está claro que el futuro cliente de la Comunidad Terapéutica ya no es un adicto esclavo de la sustancia o de una serie de ellas, sino un trabajador libre, cuya vida quizás sea peor que la del esclavo, pero que se supone que hace lo que quiere en el contexto de una oferta diversificada y asequible. Es perfectamente posible pensar que está incluso peor que el esclavo cuya vida al menos tenía ciertas seguridades, o certidumbres, en cambio el nuevo adicto es un hombre libre pero que vive en la inseguridad. No quiere ni puede aceptar (¿por qué va a hacerlo?) una alternativa unidimensional, no cree que necesite “liberarse” por que se considera un ser libre, pero solicita ayuda para superar sus problemas.

Tenemos que darle esta ayuda, tenemos que tener una oferta diversificada y en el ínterin podemos, quizás, contarle que no es un hombre libre porque el bajo salario de las drogas a la carta también es una forma de esclavitud.

En este contexto la Comunidad Terapéutica se hace más necesaria que nunca, al menos por dos razones, la primera porque otras ofertas asistenciales forman parte de este nuevo contrato tóxico del trabajador libre y aunque no podemos rechazarlas si podemos mejorarlas y complementarlas. La segunda razón tiene que ver con los derechos humanos, el derecho a una vida digna y saludable, al trabajo y la participación social, unos derechos que donde mejor se pueden reconstruir es en este espacio intensivo que podemos identificar con la Comunidad Terapéutica.

Desde luego hay mucho que hacer y sólo hemos comenzado, pero el próximo decenio puede volver a ser el de la Comunidad Terapéutica, con sólo que nos empeñemos un poquito.

INTRODUCCIÓN

- El consumo de drogas
- La distribución de drogas
- La producción de drogas

En los años 70 se concretó la irrupción del sistema internacional de producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas de origen natural y sintético. La década de los 80 fue la de su crecimiento y expansión, y la década de los 90 estuvo marcada por la estabilización de ese sistema conformado por cuatro bienes transables ilícitos: el cánnabis (marihuana y hachís), las ATS¹, la cocaína y los opiáceos.

Si bien no es fácil establecer relaciones lineales entre los factores de contexto y el aumento en la demanda de drogas psicoactivas, encontramos dos formas, en principio, de abordar esta posible relación: una es recurriendo a encuestas de consumo y complementando esta información con las estadísticas que proveen las instituciones públicas y privadas con registros regulares útiles (instituciones de la salud y policiales, grupos interdisciplinarios sobre drogodependencias, servicios de atención a menores, servicios educativos, etc.), y otra es mediante un enfoque analítico que intente vincular, al menos conjeturalmente, la expansión del consumo con dinámicas socioculturales.

La primera vía relaciona el consumo de drogas con variables que inciden en él, en mayor o menor medida; variables que van desde las más básicas, como sexo y edad, a otras más sutiles, como tipo de unión parental o grado de inserción en el mundo productivo. Así, por ejemplo, encontramos desde las afirmaciones más recurrentes (el consumo de drogas es mayor en el sexo masculino, entre los 19 y los 35 años), hasta otros desgloses más finos (mayor consumo entre solteros y viudos, entre los hospitalizados por

¹ Anfetamina-tipo-estimulante (Anfetamina, metanfetamina, “éxtasis”...)

problemas emocionales, entre los que tienen una familia no bien constituida, entre quienes no trabajan ni estudian, entre quienes viven en ciudades de más de 500 mil habitantes, entre los que han iniciado sus relaciones sexuales antes de los doce años, entre los que declaran que más de la mitad de sus amigos consumen drogas, y otros). Estos datos son interesantes y bastante útiles a la hora de diseñar políticas de prevención.

El otro enfoque, de carácter interdisciplinar, busca en los fenómenos culturales, sociológicos y demográficos, elementos y pistas que nos permitan comprender por qué, a partir de cierto momento histórico, la demanda de drogas comienza a multiplicarse. En esta dirección, son interesantes las palabras de Francisco Thoumi: “Dado que el conjunto de genes y la distribución de personalidades individuales no cambia significativamente de una generación a otra, las explicaciones de los grandes cambios en el uso de drogas psicoactivas de una sociedad se deben basar en los cambios sociales experimentados por esa sociedad (...) las características sociales de cada grupo dentro de una sociedad, determinan su grado de vulnerabilidad y las probabilidades de que sus miembros se vuelvan adictos”. Y más adelante: “Cualquier estrategia para controlar la adicción debe identificar los grupos sociales más vulnerables y las variables que determinan su vulnerabilidad (...) las políticas más efectivas para el control de las drogas deben plantearse a partir del conocimiento de los factores que determinan su uso y abuso. Considerar el uso y tráfico de drogas como un acto criminal no es necesariamente la mejor política en términos de costo/efectividad para reducir el consumo de drogas”. (Thoumi, 1994).

Resulta obvio que, dentro de la oferta asistencial, quienes mayor información a este respecto pueden obtener sobre el contexto del drogodependiente, son aquellos que intervienen desde la perspectiva de “comunidad terapéutica profesional” ya que es el modo en que mayor contacto se da entre el equipo terapéutico y el usuario. Siendo sus fines la

rehabilitación y la reinserción social, y no sólo fines paliativos, como es el caso de otras formas de intervención en drogodependencias.

Otro factor que nos ayuda a perfilar el contexto, es comprobar de qué manera se puede tipificar el consumo. Lo más común es tipificar el consumo para efectos preventivos de manera lineal. Se distingue entre consumo ocasional, periódico y compulsivo (dependiente); o bien, entre consumidores de drogas más suaves o más fuertes, o con efectos correlacionados variables. Estas clasificaciones son más frecuentes porque surgen fácilmente de las fuentes de información disponibles: encuestas, estadísticas clínicas y estadísticas penales. Pero si sólo dependemos de ellas corremos el riesgo de soslayar las motivaciones, los procesos y los contextos socioculturales en que se da el consumo de drogas.

En una tipificación más desglosada, completa, encontramos grupos de consumidores que se vinculan de maneras diferentes con la productividad y la sociabilidad. Valgan los siguientes ejemplos, ofrecidos por Martín Hopenhayn, para ilustrar algunos contrastes: “ 1. Uso de cocaína y anfetaminas en altos círculos empresariales, financieros o en el mundo del espectáculo, motivado por sus efectos de resistencia al estrés y al cansancio, o por una desinhibición considerada conveniente por sus usuarios; 2. consumo de inhalantes, sulfato de cocaína y heroína entre grupos urbano-marginales, donde estos grupos afirman su marginalidad y su disfuncionalidad –productiva y social- mediante el consumo de drogas; 3. consumo ocasional por diversión en todos los sectores sociales de la sociedad y de todo tipo de sustancias psicoactivas; 4. consumo ritual, ya sea entre minorías étnicas o entre grupos de experimentación diversos; 5. consumo habitual como parte de una dieta productiva y nutritiva, como es el caso de la hoja de coca en el mundo andino; 6. consumo para estimular la creatividad entre personas con dedicación a las artes; 7. consumo en los sectores más competitivos del deporte para incrementar el rendimiento físico”. (Martín Hopenhayn, 1997).

Estas diferenciaciones no abundan en el debate público. Pero son importantes para idear estrategias educativas y comunicacionales que permitan establecer puentes más específicos con la diversidad que presenta la problemática de las drogodependencias.

Queremos decir que, si no contamos con buenas explicaciones de los contextos que mueven el consumo, y una tipificación más refinada de los patrones de uso, se nos escapan datos valiosos que ayudarían a entender uno de los elementos básicos en las campañas preventivas e incluso en las intervenciones que buscan la rehabilitación y la reinserción social. Nos referimos al proceso por el cual un grupo vulnerable transita del “consumo cero” al consumo experimental, de este al consumo recurrente, y del consumo recurrente al consumo compulsivo de drogas ilícitas.

- El consumo de drogas

La principal característica del consumo de drogas en la década actual es que éste se mantiene constante, con un crecimiento lento, mayor para el cánnabis, las ATS y la heroína (cuyo consumo se incrementa, desde 1985, de forma constante) y menor para la cocaína (cuyo incremento se encuentra en estado casi vegetativo, pero sin disminuir). Se podría decir que, el consumo crece de acuerdo con el crecimiento de la población y de su capacidad de consumo, lo cual prueba que no ha variado la *función de utilidad* que las drogas psicoactivas tienen para importantes segmentos de la población mundial. Esto quiere decir que las sustancias psicoactivas naturales y sintéticas mantienen su capacidad de satisfacer necesidades específicas de la población que hace uso de ellas.

Lo anterior indica que todos los esfuerzos de prevención del uso indebido de drogas han fracasado, porque no han sido capaces de ofrecer otros bienes o servicios que satisfagan esas necesidades “Lo claro aquí es que una estrategia de prevención que repose únicamente en la promoción de la abstinencia, no tiene nada que ofrecer frente a los deseos y las necesidades

de importantes sectores de la población”² Los estudios sobre la función de utilidad de las drogas podría ser de gran ayuda para replantear las políticas, estrategias y acciones de control relacionadas con su demanda.

Las estrategias de control de la demanda de drogas (consumo) que tengan como punto de partida la negación de su utilidad y de su capacidad de satisfacer necesidades, están condenadas al fracaso. La necesidad de las sustancias psicoactivas no puede ser negada, ya que estas son usadas por la medicina para tratar problemas de salud mental. Es más, “el adecuado uso de sustancias psicoactivas está relacionado con el mejoramiento de la calidad de vida, es decir, con la eliminación de estados depresivos, de excitación, de ansiedad, de angustia y del dolor”³ Queremos decir que, para intervenir en drogodependencias es necesario analizar los motivos que originan su consumo, punto de partida de todo el proceso. Negar su importancia sería basarnos en posturas falsas e interesadas. Es necesario profundizar en la función de utilidad que busca y encuentra en las drogas su usuario, el experimentador, el drogodependiente, pieza clave a comprender y dignificar para plantear estrategias de intervención útiles, para que los 141 millones de consumidores de cánnabis, los 30 millones de consumidores de ATS, los 13 millones de consumidores de cocaína y los 8 millones de consumidores de heroína⁴, dejen de ser un dato estadístico para convertirse en el centro del análisis, generando un encuentro entre Ciencia y Experiencia; es decir, entre el “mundo de las Ideas” (investigadores, sanitarios, químicos, etc) y el “mundo de la praxis” (consumidores que saben por qué se drogaron, drogan y drogarán; qué efectos producen en sus cuerpos y en sus mentes las sustancias psicoactivas y qué provoca en ellos la ausencia de estas sustancias.

² DE REMENTERÍA, Ibán. Ex asesor del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de la Droga (PNUFID) y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), actualmente asesor de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) “Grieta de las drogas: Desintegración Social y Políticas Públicas en América Latina” Ed. Naciones Unidas, Nueva York, 1997.

³ Ibídem.

- La distribución de drogas

En la esfera de la distribución de drogas, es decir en el campo del narcotráfico, la principal característica durante el decenio ha sido la constante caída de los precios en el mercado internacional. Lo anterior indica dos cosas. En lo económico, la madurez y estabilidad del sistema, ya que como sucede con cualquier bien transable agrícola, con el tiempo sus precios se van aproximando a sus costos de producción y transacción. En lo criminal, la caída de los precios indica el aumento de la impunidad en estas actividades ilícitas, ya que uno de sus mayores costos son los gastos de protección de las actividades ilícitas mediante el uso de las argucias legales, la corrupción y la violencia.

Respecto al fin último del crimen organizado (sujeto que genera la oferta de drogas a escala mundial), la obtención de rentas extraordinarias, las actuales desregulaciones y las técnicas bancarias, financieras y de inversión hacen imposible detectar los movimientos de los flujos monetarios que acompañan a las diversas transacciones nacionales e internacionales del narcotráfico, así como las operaciones de legalización de las cuantiosas ganancias que reportan esas actividades ilícitas. Los contados casos conocidos y los montos poco significativos de los procesos por lavado de dinero, tanto en los países productores como en los de tránsito y consumidores de drogas (en particular en estos últimos, donde se produce el 90% de la agregación de valor final de esta actividad ilícita) resultan elocuentes. En este campo específico del control del narcotráfico ello deja en evidencia una impunidad simétricamente opuesta a la dureza de las declaraciones políticas, así como al rigor y la contundencia de las normas penales creadas para su castigo.

Otra característica de gran importancia en la distribución de drogas es la “democratización” de su expendio minorista. Esta actividad ya no sólo la realizan pandillas especializadas de delincuentes comunes que actúan a

⁴ UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION (UNODCCP) “Global Illicit Drug Trends” UN, New York, 1999.

escala barrial, o consumidores habituales que utilizan sus relaciones sociales y laborales para “colocar” la droga y así financiar su provisión personal. “Ahora son miembros de diversas categorías sociales, como pequeños empresarios, comerciantes e industriales, profesionales, empleados, obreros, amas de casa, e incluso agentes del orden, los que complementan sus ingresos, resuelven sus crisis hogareñas, financian su desempleo u ocupan su tiempo libre ejerciendo esta actividad.”⁵

En el caso de la distribución internacional de la cocaína, las exitosas acciones de represión de los dos principales carteles, los de Medellín y Cali (que se dice controlaban entre el 60 y el 80% del mercado internacional de esa droga), con la eliminación de sus más importantes líderes y el sometimiento a la ley de todos los restantes, muestra una sonada victoria contra el crimen. Pero a la vez ese éxito ha puesto fin a la imposición de precios mayoristas elevados “cartelización” (que fue un rasgo característico de este mercado después de la crisis de 1983), y ha desatado la activa participación de antiguos y nuevos agentes en libre competencia. Este fenómeno ha puesto de baja los precios en los diversos segmentos de este mercado ilegal y a nivel del consumidor. Con lo cual se ha logrado exactamente lo contrario del objetivo de la represión al narcotráfico, que es abatir la oferta y elevar los precios al consumidor para disminuir su demanda. De esto se infiere que, pese a ciertas afirmaciones sin fundamento, también en droga la demanda es sensible a los precios. (Hoy en día los adolescentes encuentran un gramo de cocaína de pureza entre el 20 y el 60% por 40\$, 6000 pts, cuando hace pocos años el precio, con una pureza inferior de la sustancia, se registraba entre los 80 y 100\$, 12.000 o 16.000 pts) Evidentemente, esta evolución no ayuda a disminuir la demanda (consumo).

⁵ DE REMENTERÍA, Ibán

- La producción de drogas

En la producción ilícita de sustancias psicoactivas siguen predominando las de origen natural, ya que los riesgos económicos de la producción ilegal de sustancias psicoactivas sintéticas son altos debido a la necesidad técnica de centralizar la producción y la inversión. Sin embargo, se ha detectado una importante capacidad de producción de psicofármacos y de sus “precursores” en los ex países socialistas y en algunos países en desarrollo, donde las circunstancias políticas han relajado los sistemas de control. No obstante, predomina la subordinación comercial de los campesinos y colonos a los cultivos ilícitos del narcotráfico. Esta subordinación se mantiene debido al fracaso secular de la agricultura lícita. En resumen, drogas naturales y producción campesina sigue siendo la característica principal del tráfico internacional de sustancias psicoactivas.

En esta década, la producción de drogas naturales ha estado caracterizada principalmente por la expansión continua del área agrícola cultivada y por el estancamiento del volumen de producción de las materias primas de donde se extraen los alcaloides psicoactivos. Este fenómeno se debe a la constante caída de los precios pagados a los productores por sus cosechas ilícitas, así como el alza en el costo de las tecnologías agrícolas, a consecuencia de las políticas de ajuste del sector agrícola. Todo ello ha llevado a la agricultura ilegal a destecnificarse para reducir los costos y conservar los márgenes de rentabilidad, con una fuerte disminución de los rendimientos por hectárea.

Sin embargo, ese fenómeno que podría haber sido beneficioso para hacer competitivo el desarrollo de la agricultura lícita, no logra su objetivo debido a que la rentabilidad de los cultivos lícitos sigue siendo negativa, mientras que el narcotráfico paga por las cosechas ilícitas al menos lo suficiente para cubrir sus costos de producción – de lo contrario no contaría con su insustituible oferta en el mercado mundial. En cambio, el mercado mundial le da la espalda a la oferta agrícola lícita de los países en desarrollo.

Por otra parte, la “naturalización” de la agricultura ilícita como respuesta a la caída de los precios y al alza de los costos, provoca, de manera análoga a lo que ha venido sucediendo en las últimas décadas con la agricultura lícita, un nuevo impacto depredador de los recursos naturales y del medio ambiente de la región.

Otro hecho que destaca en el decenio de los 90 es que en la región andina se ha producido un traslado de la producción ilícita de coca desde el Perú, y en alguna medida desde Bolivia, hacia Colombia. Este desplazamiento obedece a la fuerte alza de los costos agrícolas, en particular en el Perú, así como a la crisis general de la agricultura en Colombia. Por efecto de esta crisis, no sólo se ha expandido en Colombia la agricultura campesina ilícita sino que además, y por primera vez desde que se aplica el control penal a los cultivos de coca, ha aparecido en la región una agricultura empresarial ilícita, que en lo criminal es otro indicador de la impunidad en que opera esa actividad ilegal.

El traslado de la producción no es un fenómeno nuevo en el campo del tráfico ilícito de drogas. Ya en la década de los años 70 el retiro de Estados Unidos del sureste de Asia trasladó los cultivos de amapola desde allí a México, Guatemala, y ahora Colombia. Al mismo tiempo y durante la pasada década, la laxitud frene a los cultivos de marihuana en los Estados Unidos y su represión en México, Colombia y Jamaica, los desplazó de estos países al territorio del mayor país consumidor (USA).

Para terminar, nos gustaría proponer, de manera conjetural, algunos factores que nos parecen dignos de considerar en un intento de comprensión del fenómeno actual del consumo, y sobre todo del consumo entendido en sus formas más perniciosas o de mayor costo personal y social.

En primer lugar, queremos aludir a un fenómeno que definiremos como **“exogenización” de las fuentes de equilibrio interno**. Dicho en otras palabras, existe hoy una tendencia de las personas a condicionar cada vez

más sus fuentes de autorregulación a elementos exógenos. El aumento exponencial del consumo de ansiolíticos, somníferos y antidepresivos, así como la búsqueda de experiencias eufóricas o extremas en el deporte aventura, son parte de esta sintomatología. Vitalidad, descanso y éxtasis se sustraen del sujeto y se le ofrecen luego bajo la forma de tabletas, “polvitos” o paseos de alta velocidad. El aumento explosivo del consumo de drogas ilícitas se inscribe en esta dinámica.

En el tránsito de consumidores ocasionales a recurrentes, o de recurrentes a dependientes, tiene un papel decisivo esta creciente incapacidad de generar endógenamente estados anímicos deseables, como son: el entusiasmo festivo, la introspección, la euforia, la distensión, la inspiración, la expresividad, la capacidad comunicativa, y otros. Cuanto más se recurre al consumo de drogas por dificultades de autorregulación interna, mayor es el riesgo de que el patrón de consumo se torne adictivo y se interiorice como parte indispensable de la vida de las personas. Si esto es así, un elemento estratégico para una campaña comunicacional es el desafío de recuperar la capacidad endógena para generar estados deseables (base de la rehabilitación en “Comunidad Terapéutica”).

Un segundo factor tiene que ver con la frustración de expectativas y la condiciones de exclusión que son propios de aquellos grupos que precisamente se consideran como poblaciones de riesgo (grupos que no sólo son proclives a consumir drogas, sino a hacerlo con mayor riesgo de consecuencias nefastas para su propia vida). Nos referimos de manera general a la juventud popular urbana. Es ella quien más interioriza las promesas y las aspiraciones promovidas por los medios de comunicación de masas, la escuela y la política, pero no accede a la movilidad social y al consumo contenidos en ellos. Así, estos jóvenes padecen los efectos de una combinación explosiva: tienen mayores dificultades para incorporarse al mercado laboral de acuerdo con sus niveles educativos; viven un proceso previo de educación y culturización en que interiorizan el potencial

económico de la propia formación, desmentido luego cuando entran con pocas posibilidades al mercado de trabajo; poseen mayor acceso a información y estímulo en relación con nuevos y variados bienes y servicios a los que no pueden acceder y que, a su vez, se constituyen para ellos en símbolos de movilidad social; tienen una clara percepción de cómo otros acceden a estos bienes en un esquema que no les parece justo ni equitativo; y todo esto en un momento histórico, a escala mundial, donde no son muy claras las “reglas de juego limpio” para acceder a los beneficios del progreso.

Esta frustración de expectativas favorece la disposición a hacer uso de la gran oferta de drogas. El consumo de drogas puede aparecer como una forma espuria (un sucedáneo a la mano) para compensar la vivencia del joven como un ser excluido o marginado del acceso a la movilidad social, la participación política o el intercambio cultural.

Un tercer factor contextual que puede considerarse, en una visión propia de la antropología cultural, es la falta de rituales de pertenencia, de comunión y de pasaje en la sociedad a medida que ésta se moderniza y se seculariza. En este marco, el consumo de drogas psicoactivas puede entenderse como un rito de pertenencia a grupos o “tribus urbanas”, que afirman su identidad por oposición a la norma (oposición a la ley, a la vida adulta, a la moral, a la disciplina); como un “rito de tregua” frente a los avatares del trabajo y la vida diaria, sobre todo en circunstancias en que las exigencias de productividad tienden a incrementarse; como un rito de comunión, relacionado precisamente con los efectos expansivos propios de algunas drogas psicoactivas, en sustitución de otros ritos de comunión tradicionales que tienden a debilitarse en una cultura secularizada; o bien, como un ritual de pasaje en el que el joven identifica su experiencia con la droga con un “salto” o una “transformación” de su propia subjetividad.

Un cuarto y último factor que quisiéramos mencionar, es el culto a la obtención inmediata de placer en las sociedades de consumo. No queremos

decir con esto que el placer sea malo. Nos referimos más bien a un tipo específico de valoración del placer, que tiende a imponerse en la sensibilidad publicitaria, en los mensajes de los medios de comunicación, en los escaparates de los centros comerciales, en el mundo del espectáculo, en las conversaciones entre profesionales exitosos y también entre los jóvenes económicamente marginales. Esta valoración específica del placer nos propone la imagen seductora de una vida poblada por una secuencia de sensaciones placenteras. En palabras de Martín Hopenhayn: “una vida donde el placer debe ir en aumento, donde el presente debe intensificar su vibración cada vez más, donde la facultad sensorial debe acceder a una excitabilidad progresiva. Una vida en que la misma hiperquinesis que opera en el mundo del trabajo y del dinero debe darse en la esfera del ocio, el descanso y la recreación. Y nada como las drogas psicoactivas para dar una respuesta inmediata al placer convertido en exigencia permanente” (Martín Hopenhayn, 1997)

Una vez situados en el contexto del ciclo de las drogas, podremos abordar con mejor perspectiva los datos sobre prevalencias del consumo y el amplio abanico de intervenciones que, para reducir el daño o para rehabilitar, prevenir o reinsertar a drogodependientes, llevan a cabo las Instituciones y Organizaciones Sociales en general, en diferentes regiones del Mundo: Unión Europea, la Europa del Este, América del Norte y Latinoamérica. Así como indicadores sanitarios y judiciales relacionados con el consumo y demanda de tratamiento a escala mundial.

DEMANDA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1. Consumo a escala mundial
2. Tendencias y patrones de consumo a escala mundial
3. Extensión mundial del abuso de drogas
4. Consumo de drogas entre jóvenes (15-24 años)
5. Costo y consecuencias del abuso de drogas

DEMANDA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1. Consumo a escala mundial

1.1 Cánnabis

Las estimaciones presentadas por el *World Drug Report* muestran al **cánnabis** como la droga más consumida en todo el mundo, con un número aproximado de 141 millones de consumidores⁶. Esto representa el 2.5% de la población mundial. El consumo es particularmente alto en el Oeste de África, en América Central, en América del Norte y en algunos países de Europa.

Muchos jóvenes experimentan con el cannabis. La proporción de escolares y jóvenes que han consumido **cánnabis** a lo largo del último año, anterior a la muestra, se eleva en algunos países al 37%, y la proporción de consumo en el último mes varía entre el 10-25%. Esto indica que el cánnabis es una droga admitida con normalidad y no exclusiva de pequeños grupos marginales.

Estas tendencias muestran un claro incremento del consumo de **cánnabis** en los últimos diez años en todas las regiones del mundo, especialmente en el mercado de Europa, pero también en Africa, Asia y las Américas. El incremento se ha acelerado durante la década de los 90. Por ejemplo, en Alemania, las personas entre los 18-39 años que habían consumido **cánnabis** en 1990 representaba el 4% y en 1997 había subido al 7%. En Inglaterra, el porcentaje de consumidores de cannabis comprendidos entre

⁶ UNODCCP "Global Illicit Drug Trends" New York, 1999.

los 16-59 años representaba el 5% en 1991, pasando al 9% en 1996. Encontrando similares aumentos en el resto de los países de la Europa Occidental.

El incremento se ha dado por igual en América, siendo muy pocos países los que han presentado una tendencia estabilizada. El abuso en el consumo de **cánnabis** parece haber sido especialmente alto en el Sur y Sur-Este de Asia (notablemente en India, República Democrática de Laos, Malasia, Indonesia y Filipinas), mientras Pakistán ha reportado un fuerte descenso en 1997. Esta información parece estar relacionada con el descenso de las capturas de cánnabis con destino a los mercados de la Europa Occidental, desde Afganistán y Pakistán, y el aumento de las provenientes de Sur-Este de Asia.

Los estudios en el plano clínico coinciden en diagnosticar un síndrome de dependencia, caracterizado por incapacidad o bajo control en el uso de la sustancia (dosis), desórdenes cognitivos y emocionales, interferencias en el desarrollo de la ocupación profesional y otros problemas relacionados con la baja auto-estima y la depresión, particularmente en usuarios de larga duración. Esto se agrava ante la realidad de encontrarnos en América y Europa, con que esta droga es la segunda en provocar peticiones de tratamiento, después de la cocaína y la heroína, respectivamente). De igual manera, nos encontramos con que es la segunda droga en provocar altas de tratamiento en muchos países de Asia (después de los opiáceos, los cuales dominan las peticiones a tratamiento en la zona, menos en el Extremo Oriente, donde los derivados de anfetamina ocupan el primer puesto).

1.2. Derivados de la anfetamina

La segunda droga más extendida en el mundo son los derivados de la anfetamina, variando mucho su nivel de consumo entre regiones y países. Las estimaciones de UNDCP muestran que el consumo de drogas sintéticas, particularmente de “amphetamine-type stimulants” (ATS), está muy extendido y se incrementa con rapidez. Según estimaciones de UNDCP se

calcula que unos 30 millones de personas consumen **ATS**. (prevalencia anual de un 0,52% para la población mundial)

El avance fue relativamente lento en la década de los 80, pero el consumo se incrementó con rapidez en la década de los 90. En Europa ha sido especialmente fuerte el incremento, siendo también una importante región de producción. Las drogas sintéticas han ganado protagonismo, sobre todo entre adolescentes y jóvenes, quienes las han unido a su forma de divertirse, soliendo combinarlas con cánnabis. El **MDMA**⁷ (Ecstasy) es el *protagonista* en el mundo industrializado, especialmente en Europa, y hay indicadores sobre un incremento muy rápido en el Sur-Este de Asia.

En Australia y en Europa, las **ATS** son la segunda droga más extendida después del cánnabis. Sin embargo en Asia no hay tanta uniformidad. En muchas capitales, las **ATS** representan la droga principal en demanda de tratamiento, como es el caso de Seoul, Tokyo y Manila, siendo la segunda en Bangkok. También se han incrementado el número de países en Asia y Europa, que muestran aumento del número de consumidores de **ATS**, vía parenteral.

1.3. Cocaína

En general, la **cocaína**, en su varias presentaciones (en polvo o en base), es la segunda droga más extendida en América después del cannabis. La **cocaína** en polvo (**cocaine-type**) es la primera en provocar solicitud para tratamiento. Pasando lo mismo en muchos países de América Latina, incrementándose en estos el uso del “**bazuco**” (pasta de coca). Una estimación aproximada situaría el consumo de **cocaine-type** en torno al 2% de la población de Estados Unidos, mayores de once años.

⁷ Metilendioximetanfetamina. Problemas: dificultades psicológicas, incluyendo confusión, depresión, problemas con el sueño, deseo vehemente de administrarse drogas, ansiedad grave y paranoia mientras se toma la MDMA y a veces varias semanas después de tomarla (se han notificado aún episodios psicóticos). Aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, un riesgo particular para las personas con enfermedad circulatoria o cardíaca.

De acuerdo con las estimaciones de UNDCP, se calcula en 13 millones de personas (0.23%) las que consumen **cocaína** en el mundo. El consumo de **cocaína** se incrementó a lo largo de los 80 de forma constante, pero en los 90 su consumo experimentó cambios más complejos. Por ejemplo, el abuso de **cocaína** fue especialmente fuerte a mediados de los 80, a comienzos de los 90 se hundió el consumo y a mediados de los 90 comenzó a ascender de nuevo con notable vigor, influyendo mucho el mercado de producción y exportación de esta sustancia. En los últimos años de los 90 el consumo fue estabilizándose en el mercado de América del Norte (que representa el mayor mercado de **cocaína** mundial), en este mismo periodo comenzó un aumento muy fuerte en los países andinos, tanto como en países vecinos, principales actores en las rutas del tráfico de esta sustancia hacia América del Norte y Europa (donde aumenta su consumo entre jóvenes)

De cualquier manera, el mayor incremento en consumo y extensión del fenómeno, en los últimos años en Europa, ha sido el de las ATS. Aunque también es cierto que en la Europa Occidental ha seguido incrementándose el uso de cocaína, pero siguen siendo muy inferiores a los niveles alcanzados en Estados Unidos.

1.4. Heroína

Comparado con el consumo de otras drogas, el abuso de **heroína** y otros opiáceos muestra prevalencias menores. En relación con las estimaciones de la UNDCP, alrededor de 8 millones de personas consumen **heroína** u otros opiáceos, en el mundo (0.14% población mundial), encontrando los porcentajes más altos en el Sur-Este y Sur-Oeste de Asia. En estas regiones el porcentaje de consumo se eleva al 2% de la población, incrementándose más aún en zonas tradicionales de cultivo de opio. Por ejemplo en La República Democrática de Laos, el porcentaje asciende a un 6%.

El uso del **opio**, fumado o ingerido, cuenta con una larga tradición en algunas partes de Asia. Los factores de la elevada prevalencia de consumo

son diversas, pero una de ellas es lo aceptado que está su consumo en estas regiones. Por ejemplo, la prevalencia en las zonas de cultivo de La República de Laos y Tailandia, se eleva a un 10 o 12%. En las zonas urbanas, el consumo de **heroína** esta incrementándose con rapidez. Y está causando preocupación el aumento de inyectores en Asia, durante los últimos cinco años.

A pesar de darse en Europa el mayor mercado de **heroína** del mundo en términos económicos, las prevalencias de consumo son inferiores a la de ATS y cocaína. En Europa las prevalencias de consumo de **heroína** son muy superiores a las de **opio** y se estiman entre un 0.2 y un 0.4% para la población mayor de 15 años.

El consumo de **heroína** en América es un problema de menor calado, excepto en Estados Unidos, donde se está produciendo un incremento en los últimos años. En Europa, sin embargo, la expansión está bloqueada en términos medios. En Africa el consumo de **heroína** está comenzando a aparecer como dato significativo en algunos países, aunque aún su proporción no es muy preocupante.

Aunque las prevalencias de consumo de heroína son menores a las de otras drogas, sigue siendo la droga que más peticiones de **tratamiento** provoca en Europa y Asia. Por término medio un 70% de las peticiones de tratamiento en Europa, corresponde a consumo de opiáceos, fundamentalmente heroína. En Asia, la demanda de **tratamiento** por consumo de opiáceos representa un 60%.

1.5. VIH/SIDA

A principios de 1998 había en el mundo 30 millones de contagiados con el virus **HIV/AIDS**, según datos de UNAIDS. De estos, un total de 3.3 millones son consumidores de drogas por vía intravenosa, representando un 11% del total. En el período 1996-98 los países reportaron que el número de

inyectores había aumentado en un 9%, mientras que el número de inyectores contagiados por el **VIH** había aumentado en un 37%; quiere esto decir que la transmisión entre los inyectores se multiplica de forma alarmante, significando que un contagiado que entra en contacto con una comunidad de inyectores no contagiada por el virus, lo extiende a través de ésta con extrema velocidad.

1.6. Vías de consumo

En cuanto a las **formas** de consumir la droga, la **vía** intravenosa se ha vuelto menos común, con la posible excepción de la cocaína. En Europa y en Asia los informes de los países indican que hay menos **inyectores** de cocaína en la actualidad, que al comienzo de la década, sin embargo en América no ha disminuido, región del mundo donde más se consume esta sustancia. Además, el número de inyectores de ATS se ha incrementado en Asia y en Europa, mientras el número de **inyectores** de heroína se ha incrementado en África y Asia.

El **policonsumo** y la diversificación de sustancias y **vías** de consumo parece la clave. La introducción de nuevas drogas no esta implicando que disminuya el consumo de las clásicas. A su vez, la introducción de nuevas formas de uso no implica el abandono de las formas clásicas de consumo. Las nuevas drogas se suman a las ya existentes y los nuevos usos aumentan los tradicionales.

1.7. Conclusiones

El UNDCP informa que de 68 países que han reportado sus datos, contestando al Annual Reports Questionnaire (ARQ), hay un incremento neto en el consumo de **cannabis** en 31 de ellos; un incremento neto del consumo de **anfetaminas-tipo-estimulantes** (ATS) en 26 países; **heroína** en 21 países, **cocaína** en 18 países, **alucinógenos** en 12 países, **inhalantes** en 12 países y **benzodiacepinas** en 9 países. Respecto al **opio**, lo que está pasando

es que en los países donde se consumía tradicionalmente, se está cambiando su consumo por el de heroína.

Aunque los niveles de consumo de cánnabis son los más altos, el incremento más dinámico de los 90 ha sido el de (ATS). En 1997, un número cuatro veces superior de países que en 1990, informaron del incremento en su territorio del consumo de (ATS), el doble de países del incremento del consumo de cánnabis, la mitad más en el consumo de heroína y no cambia para el número de países que informan del incremento del uso de cocaína.

Los datos indican que el consumo de heroína y cocaína ha seguido creciendo en los 90; con mayor intensidad en países que no habían estado afectados hasta ahora, pero de cualquier modo fue más lenta su expansión que la de ATS.

En términos regionales, el incremento parece haber sido especialmente fuerte en Europa. Los países de Europa reportan incremento en ATS, cannabis, opiáceos y cocaína.

En términos económicos los mayores mercados de drogas son el de América del Norte y la Europa Occidental. En ambos se aprecia un incremento en el consumo de heroína y cocaína. Siendo América del Norte la región donde mayores niveles de consumo de cocaína se reportan, lo que ahora está aumentando es el consumo de heroína. Mientras en Europa, feudo tradicional del consumo de heroína, lo que sigue creciendo es el consumo de cocaína. En estas dos regiones se da también un fuerte consumo de ATS y de cánnabis.

2. Tendencias y patrones de consumo a escala mundial

2.1. Cánnabis

Se han detectado cambios de actitudes en el consumo, sobre todo en los jóvenes que lo usan junto con drogas sintéticas en áreas de ocio: fiestas house, raves, dance, etc. Esta gran demanda de cánnabis ha hecho que junto con los cultivos situados en regiones exportadoras tradicionalmente como África y Asia, aparezcan cada vez más plantaciones en América del Norte, Europa y Australia, con el fin de satisfacer la enorme demanda.

Comparado con la década anterior, se ha dado un claro crecimiento del uso de cánnabis, particularmente en Europa, pero también en África y Asia.

Como decíamos el incremento en Europa ha sido fuerte, pero siempre más bajo que el incremento de los niveles de consumo en Estados Unidos, siempre tres o cuatro puntos por encima. Por ejemplo, la prevalencia anual en 1997 fue del 9%(población mayor de 12 años) para Estados Unidos y del 5,5% de la población mayor de 15 años en la Unión Europea.

En las Américas, y sobre todo en Estados Unidos, llevan dos décadas sufriendo un incremento constante en las prevalencias, según informa la International Epidemiology Network, United States Department o State and United Drug Enforcement Agency (INCB). Respecto a América del Sur, cabe destacar los informes de 1997, en los que Brasil, Argentina y Chile muestran un incremento en el consumo de cánnabis especialmente alto, así como en Centroamérica y la zona andina en general. Sin embargo, encontramos en Estados Unidos el problema de mayor calado para las dos últimas décadas. En lo primeros años de la década de los 80 se computó el mayor número de consumidores, 30 millones 1982, 15% de la población mayor de 12 años); posteriormente, a principios de los 90 el consumo bajó a 16 millones (1992, 7.9%), para volver a subir en 1997 a 20 millones (9.0%).

El problema para la Europa Occidental, aunque algo menor, también es muy grave, debido al incremento en el uso y abuso de cánnabis en las dos últimas décadas. Por ejemplo, en Alemania, la población comprendida entre los 18-39 años mostraba una prevalencia anual de 4.1% en 1990, pasando a 7.2% en 1997, equivalente al elevado índice de 4.1% para la población general (18-59 años). En Inglaterra, el número de consumidores pasó del 5% en 1991 al 9% en 1996, para la población entre 16 y 59 años, según datos del British Crime Survey. También es cierto que en 1997 algunos países como el propio Reino Unido, Irlanda, Francia, Suiza, España y Portugal, reportan que la prevalencia se ha estabilizado (no entre jóvenes).

En la Europa Central y Oriental, junto con la Federación rusa informan de una estabilización o ligera declinación del consumo, pero esto se apoya en su reciente historia política y la nula porosidad que sus fronteras experimentaron hasta el comienzo de la *democratización*, ya que en los últimos años se está observando un fuerte incremento en el consumo de todas las drogas usadas en la Europa Occidental.

2.2. Derivados de la anfetamina (ATS)

Como ya apuntamos el abuso de esta sustancia significa el mayor incremento de estos últimos años. En Europa el fenómeno está resultando especialmente destacable al haberse unido profundamente con las formas de ocio de muchos jóvenes, tecno fiestas, raves y “marcha” en general. Las ATS en los países donde más tradicionalmente se han desarrollado los fenómenos musicales dance o house, han experimentado un incremento grande de estas sustancias, muy superior al de la heroína o la pasta de cocaína, fundamentalmente extendida en clases sociales bajas o marginales, encontrándose el consumo de ATS en todas las clases sociales. También se refleja un consumo destacable en cumplimiento de algunas profesiones como conductores de camiones, pescadores o profesionales en torno al mundo del sexo, para contrarrestar la fatiga o las carencias de comunicación.

Los países que informaron de un mayor aumento a lo largo de la década de los 90, han sido los de Europa, seguidos de Asia y Las Américas.

En el período comprendido entre 1995-97, el mayor incremento sufrido en el consumo de ATS corresponde a Europa. La mayoría de los países de la Europa occidental, incluyendo Francia, Italia, Suiza, Alemania, España y los países nórdicos, han presentado informes de este aumento alarmante en el consumo de ATS; así como la mayoría de los países de la Europa del Este, sobre todo anfetamina y MDMA. Los únicos países que reportan un descenso en el consumo de ATS son Turquía, Grecia, y Letonia.

En la mayoría de los países europeos el incremento del consumo supera incluso al del cánnabis. Siendo, como ya indicamos, la droga más comúnmente consumida. Por ejemplo, en Holanda, en el período comprendido entre 1992-1996, para la población entre 12-18 años la prevalencia en el consumo aumento para el cánnabis en un 40%, mientras que la prevalencia en el consumo, en el mismo período, del ATS, fue más del doble, pasando del 1.0% al 2.2%. Lo mismo nos encontramos en la zona occidental de Alemania, donde en el período 1991-1997 el aumento en el consumo de cánnabis (población 18-39) fue de un 60%, mientras que en el mismo período y para la misma franja de población, el aumento en el consumo de ATS fue el doble: 1.7% para el consumo de éxtasis, 0.9% consumo de anfetaminas, y por abajo, 1,2% el incremento en el consumo de cocaína y un 0.3% en el consumo de heroína. Con pequeñas diferencias numéricas, lo mismo puede aplicarse a Inglaterra. Siguiendo los datos del British Crime survey, en el período 1991-1996 (población entre 16-29) el incremento del consumo de anfetamina se duplicó, pasando del 4% al 8%. Mientras que el aumento en el consumo de heroína y cocaína se quedó en un 0.5% y en un 1%, respectivamente.

El incremento en la prevalencia de consumo se da también en Estados Unidos y México, así como en muchos países de América del Sur, sobre todo metanfetamina y en menor grado éxtasis.

2.3. Cocaína

El incremento en el consumo de cocaína experimentó un ascenso estable a lo largo de la década de los 80. La medición del consumo de esta sustancia se complicó en la década de los 90, experimentando diferentes ritmos. En el período 1990-95 el incremento fue disminuyendo su ritmo, comenzando una fuerte aceleración en 1996 que se mantuvo a lo largo de este año, para comenzar un nuevo descenso del ritmo en 1997, a nivel global, ya que en algunas regiones el ritmo ha seguido aumentando a un ritmo fuerte.

En términos regionales, encontramos una fuerte expansión en Las Américas a mitad de la década de los 80; el ritmo experimenta una deceleración a principios de los 90 y vuelve a reactivarse a mediados de los 90, continuando en estos cinco últimos años un aumento más moderado.

De todas maneras, aun siendo Las Américas las regiones donde más se consume coca del mundo, la subida más fuerte en el incremento la encontramos en la Europa Occidental, con excepción de los países nórdicos en los que el aumento del consumo de ATS, eclipsa el incremento del consumo de cocaína. Es menor el aumento en la Europa del Este. Hay ahora más países en Europa que en las Américas que informan del incremento del consumo de cocaína. No obstante, el aumento del consumo de cocaína, en general, ha sido menor que el de ATS, y en la Europa del Este su consumo, aún, es todavía bajo.

En Estados Unidos y Canadá, el período 1995-1997 ha significado un momento de estabilización en el consumo; si bien representa el mayor mercado de cocaína del mundo, junto con el incremento constante en los países de la zona andina y sus vecinos: Brasil, Paraguay y Venezuela, junto con los países de América Central (México y algunos países del Caribe) por donde ascienden las rutas del tráfico de cocaína, camino de Estados Unidos y Canadá.

En definitiva, la cocaína supone un grave problema de consumo en Estados Unidos y en la Europa Occidental, aunque en esta son menores las prevalencias que en USA. Como dato tenemos que el 0.7% de la población mayor de 15 años consume cocaína en Europa, frente al 1.9% de la población mayor de 12 años en Estados Unidos.

Se han apreciado en los últimos años un ligero descenso en algunos países de América Latina, como Chile y Argentina.

2.4. Opiáceos

El problema más crítico, a escala global, lo siguen presentado los opiáceos, fundamentalmente la heroína. Los datos muestran como la heroína ha experimentado una gradual expansión por todo el planeta durante la última década. Aunque su expansión ha sido gradual, experimentó una fuerte subida a finales de los 80, a principios de los 90 y en el período 1994-1996, para luego continuar con su lento avance.

Para Europa, fue en la década de los 80 cuando se produjo el ritmo más acelerado en la expansión de la heroína; sin embargo en la década de los 90 han sido las Américas, sobre todo la del Norte, las que han experimentado mayor ritmo en la expansión. Unido a esto, en América Latina han comenzado a progresar los cultivos domésticos de heroína, habiéndose quedado aún, en su mayor parte, en el interior de sus fronteras.

En la Europa Occidental, en la cual se estima que haya un millón de heroinómanos, lleva estabilizado desde el período 1995-97. Excepto Inglaterra, Irlanda y los países nórdicos, que han experimentado un incremento considerable, junto con los países de la Europa del Este, especialmente las regiones próximas a las rutas de los Balcanes.

En Las Américas se está contemplando un aumento suave en el consumo de heroína desde 1995, incrementándose en los últimos años. Reportan sobre

este hecho: Estados Unidos, Canadá, México, Colombia, Venezuela y Ecuador.

En esta línea, desde el período 1995-97 se asiste a un aumento en las prevalencias de consumo en los Estados Unidos; habiendo pasado de un número aproximado de 300.000 adictos a la heroína en 1991 a 600.000 en 1997. También encontramos, como ya hemos señalado, un incremento fuerte en Canadá, Inglaterra, Irlanda y Australia.

3. Extensión mundial del abuso de drogas

3.1. Conclusiones

El número exacto de usuarios de drogas en el mundo no puede saberse. Pero se estima que, puede oscilar entre un 3.3%-4% de la población mundial, incluyendo aquí, alcohol y tabaco.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO), a principios de los 90 unos 1100 millones de personas consumían tabaco en el mundo, un 47% de varones y un 12% mujeres. También se estima que en 1998 el uso del tabaco costó la vida a 3.5 millones de personas, y de seguir el ritmo de consumo actual, en el 2030 podrían morir 10 millones de personas por el abuso del tabaco en todas sus formas.

Respecto al consumo de alcohol, los datos muestran unas tasas cercanas al 100% de usuarios para una población mayor de 15 años, en los países donde tradicionalmente se ha consumido alcohol. Por ejemplo, en Canadá el 80%, de la franja de población señalada, consume alcohol, en Italia el 81%, en la Alemania occidental un 91%, y en los países nórdicos varía entre el 82% y el 96% (Prevalencia de vida, baja algunos puntos en prevalencia anual).

Respecto al cánnabis, fundamentalmente marihuana y hashish, teníamos en 1997 unos 141 millones de consumidores, representando un 2.5% de la población mundial.

Visto lo anterior, llegamos a las drogas que más mortalidad, problemas sociales y solicitudes de tratamiento provocan en el mundo: cocaína y heroína. Como ya vimos, se trata de unos 13 millones para la cocaína (0.2%) y 8 millones para la heroína (0.1%).

En cuanto al consumo de drogas sintéticas (ATS), como ya mencionamos son las que han experimentado mayor expansión, sobre todo entre la población joven. Se estima que hay unos 30 millones de consumidores en el mundo, representando un 0.5% de la población mundial.

4. Consumo de drogas entre jóvenes (15-24 años)

El consumo de drogas entre los jóvenes, representa uno de los factores que más inciden en el aumento o, difícil erradicación del desempleo, la negligencia, la violencia y los abusos sexuales. Al mismo tiempo, hay un fuerte consumo de drogas entre jóvenes socialmente integrados: clases medias y altas, fundamentalmente en las zonas industrializadas más desarrolladas del mundo. Algunas de las causas que se barajan, es la alta tolerancia social que en estas regiones se tiene con el uso de drogas.

El consumo de **cánnabis** (marihuana, hachís) entre jóvenes se mantiene alto en muchas regiones del mundo (13.5%) y sigue incrementándose. Unido al consumo de **ATS** (metanfetamina, MDMA) cuyo consumo se ha estabilizado en un alto nivel en muchos países de la Europa Occidental y sigue incrementándose en otras regiones. La media para el **éxtasis** es, aproximadamente, del 2.6%. Respecto a la **cocaína** hay grandes diferencias, pero se reporta un gran incremento entre los jóvenes en Estados Unidos. En la Europa del Este están aumentando los inyectores de **heroína**; mientras en

la Europa Occidental y en Estados Unidos, nos encontramos un incremento en los fumadores de **heroína**. De todas maneras, la heroína y la cocaína siguen siendo drogas secundarias para los jóvenes, representando un 1.9% para la cocaína y un 1.0% para la heroína. El tema de los inhalantes es un problema más grave para los jóvenes (representando un 7.8%).

El alcohol aunque sea una droga legal y está socialmente admitida, está causando estragos entre los adolescentes y jóvenes, encontrando unas prevalencias muy altas. Por ejemplo, en Estados Unidos, en 1996 (16-17 años) la prevalencia (vida) era del 80%. Y en Ghana, Kenya y Zambia, del 70 al 80% de los estudiantes consumían alcohol (1996) considerándose que del 10-14% ya eran alcohólicos.

4.1. Cannabis

Datos con prevalencias de consumo, en algunas regiones del mundo, cercanas al 37% (consumido a lo largo de toda la vida) y del 10 al 25% (consumido en el último mes), muestran que este consumo no se limita a sectores marginales de la población, sino que está extendido a todas las capas sociales.

Una gran cantidad de países informan que la prevalencia (vida) para el consumo de cannabis arroja los porcentajes más elevados (25% de media) en Australia, Canadá, Alemania, Irlanda, España, Suiza, Inglaterra y Estados Unidos. En la Europa Occidental, sólo informan de prevalencias (vida) menores: Austria, Finlandia, Portugal y Suecia con una media del 10%.

En la mayoría de los países de la Europa Central y del Este el consumo es menor que en la Europa Occidental, aunque el incremento ha sido constante a lo largo de la década de los 90, sobre todo entre los jóvenes.

En América Latina y el Caribe los datos arrojan una alta prevalencia (vida), sobre todo en Chile (22.7% edad 12-25), Jamaica (13-19 años) y Bahamas (16-29 años) en torno a un 17%. Brasil aporta un umbral más bajo (7.6%)

pero este número inferior puede deberse a que la franja de población elegida para la prevalencia del consumo (vida) es 10-19 años. Otros países de la zona ofrecen un porcentaje medio del 5%.

4.2. Éxtasis

Como hemos venido apuntando el consumo de drogas sintéticas, fundamentalmente ATS, ha experimentado el mayor incremento, estimándose en 30 millones (0.5% de la población mundial), los consumidores de estas drogas. La ATS más extendida en el mundo es la meta-anfetamina, encontrando los mayores niveles de consumo en Estados Unidos, el Extremo Oriente y el Sur-Este Asiático.

Dentro del nutrido grupo que componen las ATS, ha destacado por su expansión el MDMA (Extasis), fundamentalmente en las zonas industrializadas de la Europa Occidental; aunque hay datos que demuestran una rápida expansión por otras regiones. En la Europa Occidental la prevalencia (vida) en el consumo de éxtasis va desde el 9% (Irlanda) al 0.2% (Finlandia). Encontrando para Austria, Bélgica, Alemania, Italia, Holanda, España e Inglaterra, una prevalencia (vida) entre los jóvenes de 3% de media.

El consumo de éxtasis en Estados Unidos (3.1%) y Australia (3.6%) son niveles inferiores a muchos países de la Europa Occidental. Se aprecia una rápida expansión por la Europa Central y la Oriental, unido a la expansión de las fiestas “dance”, “house”, “raves”, etc. En el Sur de África y el Sur-Este de Asia (Indonesia, Singapur y Tailandia) se aprecia una fuerte expansión del consumo. Respecto a América Latina, no tenemos información clara del consumo de éxtasis.

4.3. Cocaína

El porcentaje de la prevalencia (vida) del consumo de cocaína por parte de los jóvenes varía mucho de unas regiones a otras, desde el muy alto 6.3%

(Bahamas, 16-29 años), hasta el muy bajo de Finlandia 0.2%. En general, los países que ofrecen altos niveles de consumo de cánnabis, también lo ofrecen de cocaína: Australia, Estados Unidos y la mayoría de los países de la Europa Occidental, con alguna excepción, como la Finlandesa.

4.4. Heroína

La heroína y la cocaína, como hemos venido diciendo, no son las principales drogas consumidas por los adolescentes y jóvenes de corta edad. Sin embargo, está creciendo en muchos países su consumo entre éstos, así como el incremento del número que lo hacen por vía intravenosa; aumentando así el riesgo de contraer el SIDA, ya que los adolescentes y jóvenes no toman excesivas medidas de prevención para evitar el contagio.

Los porcentajes más altos en la prevalencia (vida) de consumo, los encontramos en Europa: Alemania, Grecia, Irlanda e Italia. (Población 15-16 años, 2%). Hay datos que indican un aumento considerable del consumo vía pulmonar (fumada) de heroína en algunos países de la Europa Occidental. En los países de la Europa del Este se ha estado incrementando el uso de la heroína vía intravenosa y esta tendencia ha alcanzado a los jóvenes. Uno de los países con mayor porcentaje es Slovakia con un 1.9% de prevalencia (vida) (15-16 años). En general se aprecia un importante incremento en el mundo, de los jóvenes que fuman heroína, siendo muy probable que en un futuro pasen a ser inyectores.

4.5. Inhalantes

El problema que representa esta droga, y sobre la que muchos países reportan tener adolescentes consumidores, es su bajo precio y lo fácil que resulta adquirirla, siendo además el umbral a través del cual muchos jóvenes irán accediendo a otras drogas ilegales.

Después del cánnabis, los inhalantes (pegamentos, etc) son la sustancia más consumida entre los adolescentes. Así, nos encontramos con prevalencias

(vida) muy elevadas en muchos países: 25% (Australia); entre el 10 y el 20% (Brasil, Croacia, Kenia, Lituania, Malta, Suiza, Inglaterra, Estados Unidos, Zimbabue).

5. Costo y consecuencias del abuso de drogas

5.1. Demanda de tratamiento

En las Américas la droga que mayor demanda de tratamiento provoca es la cocaína; en Europa y Asia la heroína. Después de las ATS, en Asia el cánnabis es la tercera droga en provocar demanda para tratamiento.

En la mayoría de las ciudades europeas, y en toda Europa, en su conjunto, las drogas que más demanda de tratamiento provocan son los opiáceos, y fundamentalmente la heroína.

Según un estudio realizado por el International Epidemiology Work Group (1998), realizado en 29 ciudades europeas, el 70% de las demandas de tratamiento en Europa las provoca la adicción a la heroína; un 9% las provoca el cannabis, un 7% las ATS (sobre todo anfetamina); y un 3% el abuso de cocaína. Las ciudades de la Europa Occidental que mayor índice muestran para la demanda de tratamiento por opiáceos son Madrid y Roma; y en la Europa del Este, Sofía, Bratislava y San Petersburgo.

La República de Checoslovaquia es el único país europeo que muestra mayor proporción en la demanda de tratamiento por ATS, 50% en Praga. El abuso de opiáceos es relativamente bajo. En otras ciudades de la Europa del Este como Budapest y Bucarest, las benzodiacepinas y los barbitúricos representan un problema mayor que los opiáceos. En los países nórdicos (Finlandia, Suecia) el consumo de anfetaminas provoca un porcentaje alto de la demanda, el 20% para Suecia y el 40% para Finlandia (1996).

En comparación con otras ciudades de la Europa Occidental, Amsterdam reporta un porcentaje bajo por opiáceos (50%), reportando un alto porcentaje

de demanda por consumo de cocaína (30%), de las más altas de Europa, y también un índice relativamente alto por consumo de cánnabis (15%). Holanda, sin embargo, puede representar la media de la demanda de tratamiento en Europa con un 66% por opiáceos, un 16% por cocaína y un 11% por cánnabis; si bien, recordar que Holanda es uno de los países con mayor porcentaje en la demanda por consumo de cocaína. En cuanto a la demanda de tratamiento por ATS, la media europea es del 5%, sin embargo hay países con altos porcentajes, como Bélgica que en 1996, un 24% de los pacientes en tratamiento, lo estaban por abuso de esta sustancia.

En Asia, la situación es muy similar a la Europea; el estudio realizado en 15 ciudades asiáticas, muestra un 80% de media en la demanda de tratamiento por opiáceos, observándose un cambio en el uso del opio tradicional por la heroína. El cánnabis representa un porcentaje alto, sobre todo en el Sur-Este Asiático, con un 70% para la heroína y un 15% para el cánnabis.

Es curioso, y a destacar que, en el Extremo-Oriente Asiático, dos tercios de los pacientes solicitan tratamiento por consumo de ATS (anfetamina), siendo los opiáceos los que provocan tratamiento en segundo lugar.

En contraste con Europa y Asia, en las Américas el porcentaje mayor lo provoca la cocaína (cocaína-polvo, crack y bazuco) en todos los países. Como media, tenemos que para la América del Norte y la del Sur, el 60% de los pacientes son consumidores de cocaína (19 países), le sigue el porcentaje por cannabís (13%), seguido de los inhalantes (5%), luego la heroína (2%), y por último las ATS (1%).

En algunos países, el porcentaje provocado por la cocaína es relativamente menor: México, Brasil y Estados Unidos con un 30% de media. En el caso de Estados Unidos, el porcentaje varía bastante entre los diferentes Estados. Por Ejemplo, respecto a la cocaína: Atlanta, 47%, Miami, St. Louis, Detroit, Washington D.C., Texas, Illinois, New York City y Philadelphia un 40% de media. En Los Angeles, sin embargo encontramos que la heroína, con un

gran incremento en los últimos años, en 1997 representó el 60% de las demandas; o San Diego donde las ATS provocaron el 43% y la cocaína relativamente bajo (14%).

Los Estados Unidos y México, son los únicos países que reportan un significativo número de demandas por consumo de heroína (26% y 7% relativamente).

Respecto al consumo de ATS, Estados Unidos reporta uno de los más altos porcentajes (6%), le sigue Argentina con un (4%) y Colombia (3%).

El porcentaje de demanda de tratamiento por cocaína es especialmente alto en los países de la zona de los Andes, con un 60% de media; también es alto en algunos países de América Central, como los del Caribe, aumentando su problema el hecho de ser países por donde pasan las rutas del tráfico de cocaína; encontramos un porcentaje medio del 64%. En los países exportadores de cocaína, la demanda de tratamiento por el abuso de esta droga es la principal; encontramos en Perú un 70% (excluyendo siempre el alcohol) la forma de consumo por excelencia es el bazuco (pasta de coca fumada), un tanto por ciento similar en número por vía de consumo, lo encontramos en Bolivia, Chile, Ecuador, Colombia, Trinidad y Tobago y en proporción algo menor, pero muy alta, en Panamá, Costa Rica, México y Argentina. La vía más utilizada en el consumo de cocaína es el crack. El crack representa la forma principal de consumo en Costa Rica 68%; República Dominicana, 67%; Barbados y Jamaica, 50%.

El consumo de inhalantes, es otra de las drogas de fuerte impacto en las Américas, encontrando en algunos países porcentajes muy altos, (Nicaragua, 29%; Bolivia, 24%; Guatemala, 11%); al mismo tiempo, Guatemala, reporta un porcentaje muy elevado en tranquilizantes, (14%).

El consumo de cánnabis provoca un alto número de demandas de tratamiento, sobre todo en los países de América Central y los del Caribe

(Jamaica 50%; Barbados 28%, Nicaragua 20%); por otro lado, Chile reporta un (20%) y Estados Unidos un (19%).

5.2. Peligros para la salud

5.2.1. Cánnabis

Describiremos los efectos de la marihuana. Los investigadores han encontrado que el THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) cambia la manera como la información sensora llega y es procesada por el hipocampo. El hipocampo es un componente del sistema límbico del cerebro que es crucial para la memoria del aprendizaje, y la integración de experiencias sensoriales como emociones y motivaciones. Las investigaciones han demostrado que las neuronas del sistema de procesamiento de información del hipocampo y la actividad en las fibras nerviosas son reprimidas por el THC. También, los investigadores han encontrado un deterioro de los patrones de conducta aprendidos, también dependientes del hipocampo.

5.2.2. Crack y Cocaína

La cocaína es un fuerte estimulante del sistema nervioso central que obstaculiza el proceso de reabsorción de dopamina, un mensajero químico que está relacionado con el placer y el movimiento. La dopamina se libera como parte del sistema de recompensa del cerebro y tiene que ver con el estímulo que caracteriza el consumo de cocaína.

Las dosis elevadas o el uso prolongado de cocaína o ambas cosas pueden desencadenar paranoia. El fumar cocaína crack puede producir una conducta paranoide particularmente agresiva en los usuarios. Cuando los drogadictos dejan de usar cocaína, a menudo se deprimen. Eso también puede llevar a un mayor uso de cocaína para aliviar la depresión. La inhalación prolongada de cocaína puede provocar ulceraciones de la membrana mucosa de la nariz y puede lesionar el tabique nasal hasta el punto de provocar un colapso. Las

muertes relacionadas con el uso de cocaína se producen a menudo como consecuencia de paro cardíaco o paro respiratorio.

5.2.3. Heroína

Los efectos de la heroína a largo plazo aparecen después que la droga se ha estado usando repetidamente por algún período de tiempo. El usuario crónico puede sufrir colapso de las venas, infección del endocardio y de las válvulas del corazón, abscesos, celulitis y enfermedades del hígado. Puede haber complicaciones pulmonares, incluso varios tipos de neumonía, como resultado del mal estado de salud del toxicómano, así como por los efectos depresores de la heroína sobre el aparato respiratorio.

Además de los efectos de la misma droga, la heroína que se vende en la calle puede tener aditivos que no se disuelven con facilidad y obstruyen los vasos sanguíneos que van a los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro. Esto puede causar infección o hasta muerte de pequeños grupos de células en estos órganos vitales.

5.2.4. Derivados de la anfetamina

La metanfetamina libera altos niveles del neurotransmisor llamado dopamina, que estimula las células cerebrales y mejora del estado de ánimo y los movimientos del cuerpo. También parece tener un efecto neurotóxico, ya que daña las células cerebrales que contienen dopamina y serotonina, otro neurotransmisor. Con el tiempo, la metanfetamina parece reducir los niveles de dopamina, lo que puede resultar en síntomas similares a los de la enfermedad de Parkinson, un trastorno grave del movimiento.

Algunas investigaciones hechas con animales durante más de 20 años muestran que las altas dosis de metanfetamina dañan las terminaciones de las neuronas. Las neuronas que contienen dopamina y serotonina no se mueren después del uso de metanfetamina, pero sus terminaciones

(terminales) se recortan y parece que el proceso de volver a crecer es limitado.

Además, la metanfetamina aumenta la frecuencia cardíaca y la tensión arterial y puede causar lesión irreversible de los vasos sanguíneos cerebrales, por lo que produce derrames cerebrales. Otros de sus efectos incluyen problemas respiratorios, irregularidad de los latidos del corazón y anorexia extrema. Su uso puede ocasionar colapso cardiovascular y la muerte.

5.2.5. Éxtasis

La MDA, el fármaco de origen de la MDMA, es una droga similar a la anfetamina, con una estructura química similar. Las investigaciones han demostrado que la MDA destruye las neuronas productoras de serotonina, que regulan directamente la agresión, el estado de ánimo, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor. Es probable que esta acción sobre el sistema productor de serotonina dé al MDA sus supuestas propiedades causantes de intensificación de la experiencia sexual, tranquilidad y sociabilidad.

La MDMA también guarda relación en su estructura y sus efectos con la metanfetamina, la cual ha demostrado ser causante de la degeneración de las neuronas que contienen la sustancia neurotransmisora dopamina. La lesión de estas neuronas es la causa básica de las alteraciones motoras observadas en la enfermedad de Parkinson.

En experimentos de laboratorio, una sola exposición a la metanfetamina en dosis elevadas o el uso prolongado en dosis bajas destruye hasta un 50% de las células cerebrales que usan dopamina. Aunque este daño tal vez no sea aparente de inmediato, los científicos creen que con el envejecimiento o la exposición a otros agentes tóxicos, pueden aparecer síntomas de la enfermedad de Parkinson con el tiempo. Estos comienzan con falta de coordinación y temblores y a la larga pueden causar una forma de parálisis.

5.2.6. Inhalantes

La aspiración de cantidades muy concentradas de las sustancias químicas que contienen los disolventes o los aerosoles puede ser una causa directa de insuficiencia cardíaca y muerte. Eso es muy común con el abuso de los fluorocarburos y los gases similares al butano. Las elevadas concentraciones de inhalantes también causan defunción por asfixia al desplazar el oxígeno de los pulmones y del sistema nervioso central, con lo que cesa la respiración. Otros efectos irreversibles causados por la inhalación de disolventes específicos son los siguientes:

- Pérdida de la audición: tolueno (pintura en aerosol, sustancias adhesivas y removedores de cera) y tricloroetileno (líquidos de limpieza y de corrección).
- Neuropatía periférica o espasmos de las extremidades: hexano (sustancias adhesivas y gasolina) y óxido nitroso (crema batida en aerosol y cilindros de gas)
- Lesiones del sistema nervioso central o del cerebro: tolueno (pintura en aerosol, sustancias adhesivas y removedores de cera).
- Daño a la médula ósea: benceno (gasolina).

Entre los efectos graves, pero posiblemente reversibles, cabe citar:

- Lesiones hepáticas y renales: sustancias que contienen tolueno e hidrocarburos clorados (líquidos de corrección y de lavado en seco).
- Agotamiento del oxígeno en la sangre: nitritos orgánicos (conocidos popularmente en América con los nombres “poppers”, “bold” y “rush”) y cloruro demetileno (quitabarnices y diluyentes de pintura).

5.2.7. HIV/AIDS y los usuarios de droga por vía intravenosa

El primer caso de infección por vía intravenosa de un drogodependiente (injecting drug use IDU), fue diagnosticado en New York en 1981. Desde entonces la cifra ha subido a 3.3 millones en el mundo, representando el 11% del total. Un 54% pertenece a heterosexuales, un 26% homosexuales, un 6% transfusiones o contagios por contacto con sangre infectada y un 3% bebés infectados por sus madres.

Según informes de UNDCP en 1996 y 1998, el número de IDU contagiados por el HIV ha crecido en un 9%. El número de países que reportan datos de IDU infectados por HIV ha ascendido en un 36%. Esto se debe a que se ha reflejado un aumento considerable en el mundo de usuarios de heroína, cocaína y ATS. Ha crecido en Estados Unidos y la Europa del Este, pero sobre todo en África y Asia, en esta última sobre todo de ATS, el mayor incremento de IDU de anfetamina lo reporta Asia.

En términos de extensión de la epidemia, en Estados Unidos y en la Europa Occidental donde comenzó la epidemia, encontramos un 23% de infectados con el HIV relacionados con (IDU). En el Este y el Sur-Este de Asia un 20% de media, en la Europa del Este un 19%; en América del Sur un 11% en Oriente Próximo y Oriente Medio un 6%.

Los grandes esfuerzos realizados en materia de prevención han contenido la expansión de la epidemia en Estados Unidos y la Europa Occidental, pero en otras regiones del mundo sigue aumentando de forma alarmante entre los IDU, como es el caso de América Latina y China, donde este fenómeno se asocia al incremento del porcentaje de IDU.

Algunos datos: en Ucrania, el 64% de los infectados, unos 25.000 son toxicómanos; muchos países reportan que el mayor porcentaje de infectados por sida se debe a los IDU, caso de China, Georgia, Italia, Malasia, Polonia, República de Moldavia, España, Vietnam y Yugoslavia, países en los que la

media ronda el 50%. Son muchos los países que reportan altos porcentajes de IDU infectados: Argentina, Brasil y Uruguay, así como los Estados Unidos reportan de un 25% a un 42%.

PATRONES DE CONSUMO Y RESPUESTA ASISTENCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA

1. Estudio por sustancias
2. Prevalencias del consumo en la UE
3. Demanda de tratamientos
4. Enfermedades infecciosas asociadas a la droga
5. Las adicciones y sus consecuencias sobre la salud neonatal
6. Fallecimientos relacionados con la droga
7. Respuesta Asistencial

PATRONES DE CONSUMO Y RESPUESTA ASISTENCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA

1. Estudio por sustancias

1.1. Cánnabis

Siguen existiendo considerables diferencias entre países en torno al nivel de consumo de cánnabis, pero se dan indicios de convergencia en los niveles de prevalencia (países de prevalencia tradicionalmente elevada: tras los aumentos de la década de los noventa, el nivel de consumo tiende a estabilizarse o incluso a descender; países de prevalencia más baja: el nivel de consumo ha aumentado durante los últimos años).

Encuestas recientes, sugieren que en la UE más de 40 millones de personas han consumido cannabis (alrededor del 16% de la población de entre 15 y 64 años de edad) y que al menos 12 millones lo han consumido durante los últimos doce meses (alrededor del 5% de las personas de entre 15 y 64 años), estas últimas, desde una perspectiva más atrevida, podría decirse que son potencialmente consumidores habituales.

Estos porcentajes son más elevados entre los jóvenes. Por término medio, alrededor de uno de cada cinco adolescentes de entre 15 y 16 años afirma haber consumido cánnabis, y la proporción se eleva a uno de cada tres jóvenes de alrededor de 25 años.

En algunos países se ha observado un aumento de la demanda de tratamiento por cánnabis, especialmente entre los consumidores más jóvenes

En la mayoría de los países, el cannabis es la droga más habitual en las detenciones policiales por delitos de droga, principalmente relacionados con el consumo más que con el tráfico.

La cantidad de cannabis incautada cada año es estable, aunque el número de incautaciones está aumentando constantemente. La disponibilidad sigue siendo elevada en casi toda la UE y el mercado del cannabis parece estar bien establecido, con precios en su mayor parte estables.

En gran parte de la UE, el consumo de cannabis no está vinculado a un grupo social concreto, sino que está extendido por todo el entramado social.

1.2. Anfetaminas, éxtasis y LSD

La preocupación pública por las “drogas sintéticas” aumentó durante la década de los noventa en respuesta al consumo generalizado de éxtasis y drogas similares en una cultura de ocio y música de masas, conocida como “rave”, “tecno” o “dance”, en la que participan principalmente jóvenes en general. La evolución más reciente apunta a una diversificación de las drogas consumidas y de los contextos y las formas de consumo.

La tendencia predominante, que se mantiene en los últimos años, es un aumento duradero y constante de la disponibilidad y el consumo de anfetaminas. En el contexto más amplio de la cultura de ocio juvenil, las anfetaminas se consumen en la mayoría de los casos por vía nasal (en polvo) u oralmente (en pastillas o mezcladas con bebidas).

En lo que se refiere al éxtasis (MDMA), se utiliza no sólo en contextos de diversión como bailes y fiestas, sino también en contextos privados, dándose importantes diferencias entre países. En algunos países se han dado indicios que apuntan a una estabilización o incluso un descenso del nivel de consumo (las incautaciones también reflejan un descenso generalizado), así como cierto desencanto con las pastillas que se venden como éxtasis. Los análisis

de pastillas de éxtasis muestran que, cada vez llevan menor contenido de MDMA y mayor contenido de anfetamina.

Las pautas de diversificación en el consumo son difíciles de definir con exactitud. Varios informes apuntan a un mayor interés en drogas estimulantes como, por ejemplo, las anfetaminas o la cocaína en algunos casos, y en sustancias alucinógenas tales como el LSD o los hongos alucinógenos en otros.

También se ha encontrado un incremento en el consumo de drogas con efectos sedantes tales como la heroína o las benzodiacepinas, especialmente entre consumidores agudos de éxtasis o anfetaminas.

Otras pautas dadas a conocer en este contexto y reflejadas, en particular, en Internet, incluyen el consumo o la experimentación con diferentes sustancias, entre ellas, los afrodisiacos y las drogas que desarrollan capacidades físicas y mentales, así como el consumo de sustancias inductoras de alteraciones psicológicas.

En los países nórdicos, las anfetaminas han sido y siguen siendo utilizadas (a menudo por vía intravenosa) por consumidores crónicos y problemáticos en situaciones de mayor exclusión social, que no suelen estar vinculadas al contexto general de los jóvenes consumidores de droga.

Cabe señalar que los aumentos en el consumo de anfetaminas y éxtasis tienen un reflejo muy débil en indicadores tales como la demanda de tratamiento.

1.2.1. Situación por países

No tenemos datos de ámbito continental, pero sí de ámbito nacional que muestran un rápido crecimiento de la prevalencia de consumo entre jóvenes de edades comprendidas entre los 13-18 años. Las encuestas muestran una espiral de consumo ascendente desde la adolescencia a la juventud, uniendo

el aumento del consumo de sustancias psicoactivas al aumento del consumo de tabaco y alcohol.

Ilustrando lo dicho, se realizó en Bruselas en 1996 una encuesta a 2909 estudiantes de diferentes países europeos. Los resultados fueron para jóvenes de edades comprendidas entre los 17-18 años, del 8% para los chicos y del 5,7% para las chicas, sin duda un porcentaje preocupante.

- Austria

No encontramos datos sobre encuestas nacionales, pero sí sobre zonas concretas representativas de la tendencia nacional. Según los técnicos en drogodependencias de este país, el incremento en la prevalencia de consumo de ATS ha venido aumentando en los últimos cinco años. Por ejemplo, en Viena, en una encuesta realizada a jóvenes entre 13 y 18 años, obtuvieron que 1515 de ellos (4%) habían consumido éxtasis, cifra sólo superada por el cánnabis (22% prevalencia vida). En el grupo de edad comprendida entre los 13-14 años el 2,2% había consumido éxtasis y en el grupo de edad comprendida entre los 15-18 años el 5,6% había consumido, lo que indica una alarmante escalada de la prevalencia del consumo. Esta tendencia guarda estrecha relación con el consumo en espiral ascendente de tabaco y alcohol.

- Dinamarca, Finlandia y Suecia

Los países escandinavos cuentan con una historia legendaria en el uso y abuso de anfetaminas. Durante la Segunda Guerra Mundial se calcula que unas 200.000 personas consumían regularmente derivados de la anfetamina; un 3% de la población adulta de Suecia. En la actualidad la epidemia continua aunque con una incidencia del consumo en un porcentaje muy inferior. Se calcula que en la actualidad unas 17.000 personas muestran adicción a sustancias psicoactivas, de las cuales algo más del 14% tienen este problema por consumo de anfetaminas.

Como en el resto de los países europeos, las nuevas drogas de diseño, tipo éxtasis, han penetrado, particularmente, después de 1992 junto con la cultura del “house”. Pero realmente no ha tenido un eco grande entre los jóvenes de estos países. Es de destacar que el colectivo que más consumo de MDMA ha reflejado es el ejército sueco, con el mayor aumento de la prevalencia de consumo, pasando del 0,9% en 1995 a 1,4% en 1997.⁸

Respecto a Dinamarca, nos encontramos con una situación paralela a la que muestran los países escandinavos en conjunto. Después de la fuerte epidemia de consumo de anfetamina en los años sesenta, fruto del impresionante consumo de los años cuarenta y cincuenta, los porcentajes han descendido, pero han quedado altos. Se calcula que, en torno al 4% de la población total Dinamarca, consumía anfetaminas en 1997. Pero realmente el consumo de éxtasis sigue siendo bajo. En una encuesta representativa, 2.571 estudiantes entre 15-16 años de edad, se obtuvieron resultados tranquilizadores, el 0,7% para los chicos y el 0,3% para las chicas.

En Finlandia apreciamos el mismo consumo crónico de anfetaminas que muestran los otros dos países estudiados, y se mantiene una lenta, pero constante penetración del MDMA.

- Francia

La expansión en Francia encuentra su origen en los años noventa, cuando encontramos las primeras intervenciones de la policía en una fiesta rave en 1991. Y las primeras medidas legales dirigidas a la represión del fenómeno en 1996. Según un informe del Observatorio Francés de las Drogas y las Toxicomanías” en Marzo de 1997 había en Francia unas 50.000 personas que ocasional o habitualmente consumían “éxtasis” y en su mayoría eran hombres de edades comprendidas entre los 18 y 25 años, conectados al mundo del Tecno, raves, etc. Encontrando un alto nivel de usuarios entre los profesionales de este sector.

⁸ E.M.C.D.D.A “Annual report on the state of the drugs problem in the European Union” 1998.

La situación en Francia, respecto a la población en general de edades comprendidas entre los 18 y los 75 años de edad en 1997, según el EMCDDA, mostraba una prevalencia (vida) de consumo de éxtasis del 0,7%, bajando al 0,3% para aquellos que habían consumido en el año precedente a la encuesta.

Cuando analizamos la situación entre los jóvenes, las cifras vuelven a subir, encontrándonos en 1993 con una encuesta de ámbito nacional para población escolar entre los 11 y los 19 años de edad, con una prevalencia de consumo de anfetaminas del 2,8% para los chicos y un 1,3% para las chicas. Porcentajes muy altos, si tenemos en cuenta que la prevalencia del consumo a aumentado constantemente en los últimos años, a parte de estar hablando sólo de adolescentes y jóvenes estudiantes.

- Alemania

El problema del consumo de anfetaminas durante la Segunda Guerra Mundial y los años que la siguieron, fue el principal con el que tuvo que enfrentarse el país en lo que a adicciones se refiere, pero aquel uso no guarda ninguna relación con el que de ellas se hace en la década de los noventa, relacionado con el ocio y la cultura tecno, siendo la droga de referencia en estos contextos el MDMA. El consumo de éxtasis, otros derivados de la anfetamina y el LSD ha estado creciendo en Alemania en los últimos años. Más en la Alemania del Oeste que en la del Este (donde lo que aumenta es el consumo de opiáceos). Una encuesta representativa realizada por el Ministerio de Salud en 1995 arrojaba los siguientes datos: la muestra fue de 6.305 personas con edades comprendidas entre los 18 y los 59 años de edad, para los que se obtuvo una prevalencia (vida) de consumo de éxtasis del 1,6%, descendiendo al 0,5% para aquellos que lo habían consumido en el mes precedente a la encuesta. Para las anfetaminas, en el mismo periodo, las prevalencias fueron: 2,8% y 0,3% respectivamente; y 2,1% y 0,2% para el LSD. De cualquier manera, cabe decir que mucha más gente ha consumido anfetaminas o LSD a lo largo de su vida que éxtasis,

esto se debe sin duda a la, más o menos, reciente aparición de esta droga. Esto se aprecia con rapidez cuando el estudio se circunscribe a población adolescente y joven, comprobando como los porcentajes se disparan. Seleccionando a los jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y los 20 años, nos encontramos con una prevalencia vida de consumo de éxtasis de un 6,9%; entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 21 y los 24 años del 5%; y entre aquellos que tienen entre 25 y 29 años del 3,1%. Lo que ilustra con claridad, la franja de edad donde el consumo de esta droga es más intenso.

Puede decirse sin miedo a equivocarse que, la mayor concentración de consumidores se da entre los asiduos y profesionales de la escena house, dance, rave, etc. En dos encuestas llevadas a cabo en 1997, a 1647 personas que iban a discotecas tecno y tecno raves en Berlín (Tossmann and Heckman, 1997), y otro estudio (Kröger y Künzel, 1997) 447 personas en Munich, ofreció los siguientes resultados: en torno a la mitad habían consumido éxtasis alguna vez en su vida, y aproximadamente la misma proporción en el último año. Entre el 69% (Berlín) y el 79% (Munich) habían usado cánnabis alguna vez, alrededor del 45% habían usado anfetaminas, el 40% alucinógenos y un 35% cocaína; en cuanto a los que se declaraban nuevos consumidores de cocaína la muestra indicaba un 6% en Berlín y un 9% en Munich. El año anterior los porcentajes habían sido de un 4% y un 5% respectivamente. En Berlín, como en la mayoría de las ciudades donde se consume éxtasis, su uso viene acompañado por el de otras drogas como cánnabis y otros derivados de la anfetamina, y en menos ocasiones por el consumo de cocaína y alucinógenos.

- Grecia

De momento el uso de éxtasis u otro tipo de droga de diseño no está muy extendido. En la encuesta que realizó la Universidad de Estudios Psiquiátricos en 1993 no quedó reflejado el uso de éxtasis como droga independiente. En cuanto al consumo de anfetaminas, la prevalencia vida; es

decir, las han consumido alguna vez, fue del 1% (1,2% para las mujeres y 0,7% para los hombres; la mayor prevalencia para las mujeres se encontró en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y 35 años, con un 2,2%). Como pasa en todos los países, cuando enfocamos la lente sobre la población escolar, los porcentajes se disparan, encontramos un 4,4% de jóvenes que habían consumido alguna vez; los hombres mostraron mayor consumo que las mujeres (EMCDDA, 1997)

- Irlanda

La European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD) realizó en 1997 una encuesta en este país. Se estimó que hay unos 150.000 usuarios de éxtasis cada fin de semana.

Otra encuesta realizada en Dublín entre la población escolar, mostró el alarmante dato de “uno de cada cuatro alumnos consumen la droga” (O’Keefe, 1996).

De los últimos estudios se desprende que aproximadamente un millón de pastillas (MDMA) se consumen cada fin de semana, unas 750.000 personas lo han consumido alguna vez y en torno a 100.000 personas son usuarios regulares (Ministerio del Destacamento Especial para la Reducción de la Demanda de Drogas, 1997).

- Italia

Como muestra representativa de lo que pasa en el país, respecto a esta sustancia, encontramos una encuesta realizada a 343 jóvenes en cinco discotecas de la Región del Véneto en época de verano (Schifano et al. 1996). Se obtuvieron los siguientes porcentajes: el 47% admitía haber consumido éxtasis últimamente, y de éstos un 86% lo habían hecho junto con otras drogas (alcohol 60%; cánnabis 59%; pope 33%; cocaína 31%; anfetamina 9,9%.) En general, la mayoría tenía trabajo o eran estudiantes, es destacable que un 6% indicó consumirlo en estadios de fútbol.

- Luxemburgo

En 1992 se realizó una encuesta escolar, encontrándose una prevalencia vida de consumo del 1,2% para el éxtasis, 2,1% para el LSD y 9,9% para las anfetaminas (EMCDDA, 1997).

En 1997, se realizó una encuesta (Meisch, 1997) a 660 estudiantes entre los 13 y los 22 años de edad, estudiantes de la European network of Health Schools (indicativa, pero, obviamente, no representativa de todos los estudiantes del país; para los cuales es de suponer se incrementaría la prevalencia de consumo) se obtuvieron los siguientes porcentajes: para este primer grupo de edad un 2,12%, elevándose al 4,2% para la franja de edades comprendidas entre los 18-22 años, con una proporción similar entre chicos y chicas, el uso solía realizarse desde una vez al mes hasta una vez por semana.

- Holanda

El uso del éxtasis fue monitorizado por primera vez en 1992, obteniéndose una prevalencia para el mes anterior a la encuesta del 1%; en 1996 (de Zwart et al. 1997) fue del 2,2% para la misma prevalencia (consumo en el último mes) 2,9% para los chicos, 1,5% para las chicas. Y la prevalencia de vida fue del 5,6%. Se aprecia claramente el ascenso en las prevalencias de consumo.

La población de Amsterdam es la estudiada con mayor frecuencia. Uno de los últimos estudios (Sandwijk et al. 1995), una encuesta domiciliaria realizada a la población mayor de 12 años de Amsterdam, en 1994, y conducida por la Universidad de Amsterdam, mostró una prevalencia de vida de un 3,2% de aproximadamente 4.308 encuestados, y una prevalencia de consumo para el mes anterior a la encuesta del 0,6%.

Parece ser que el éxtasis es una droga que no se ha introducido con profundidad en los diferentes grupos de edades, no como lo han hecho otras

drogas como la cocaína, el cánnabis, o la heroína. El mayor incremento en la prevalencia del consumo, a lo largo de los noventa, lo encontramos en el grupo de edades comprendidas entre los 20-34 años.

Un estudio reciente (van de Wijngaart et al. 1997) sobre el uso del éxtasis entre jóvenes asiduos a fiestas raves o tecno-raves, dirigido por la Utrecht University Addiction Research Institute, arrojó una prevalencia vida del 81% y el consumo para la noche anterior a la muestra del 64%, confirmando la estrecha relación entre esta forma de ocio y el consumo de MDMA. Este uso suele restringirse al tiempo de ocio, presentando la muestra tan sólo un 6% que lo hace de manera continuada. Sólo un 34% bebe alcohol en las raves y una similar proporción consume anfetaminas, elevándose a un 41% los consumidores de cánnabis.

- Portugal

El European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), llevó a cabo una muestra a lo largo de 1995 de 9.774 estudiantes, que ha sido publicada recientemente. Se ha encontrado una prevalencia del consumo de éxtasis del 0.54%, tasa más baja que la de anfetaminas 1,97%. Respecto al éxtasis, encontramos una prevalencia para los chicos del 0.8% y para las chicas del 0.34%.

Estudios recientes, como el realizado en la ciudad de Coimbra a 300 jóvenes, muestran la misma tendencia que en otras ciudades europeas, la emergencia del uso del MDMA en el entorno de la cultura tecno, rave, etc.

- España

España, junto con el Reino Unido y Holanda, muestra el mayor consumo de MDMA y otras drogas de diseño, de todos los países europeos. El incremento del consumo de estas sustancias fue especialmente rápido desde 1992, remontándose el fenómeno al ambiente ibizenco de mediados de los ochenta. Aquel nuevo fenómeno se relacionó con la música house (Bakalao

en España, mega-fiestas en discotecas y éxodos de jóvenes de un lado a otro los fines de semana.

En 1996, el Survey on Drug in the School Population (Plan Nacional de drogas, 1997) realizó una encuesta entre estudiantes de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años; habían consumido éxtasis o drogas similares, alguna vez en su vida, el 5,10%; en los doce meses anteriores, el 3.9%; y en el mes anterior, el 2.2%. Diferenciar entre el consumo de MDMA y otras drogas de diseño es difícil, ya que en las llamadas “pastillas”, suele haber mezcla de diferentes drogas. En 1994, la prevalencia vida del consumo fue del 3,5%, en el año precedente el 3% y en el mes precedente el 2%.

Otras sustancias, como las anfetaminas, fueron usadas por los estudiantes en ese mismo periodo (1994-1996) en un porcentaje variable entre el 3.3% y el 4.15%, y entre un 4% y un 5,3% para los alucinógenos.

En este mismo período se observó un fuerte incremento en el consumo de cánnabis, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, cocaína y tabaco entre los estudiantes españoles, que según nuevos informes muestra una tendencia a la estabilización.

En una encuesta domiciliaria a la población en general en 1995, con una muestra de 9.984 personas mayores de 15 años (Plan Nacional Sobre Drogas, 1997), mostró una prevalencia de vida del 1.6%, del año precedente un 1.1% y en el mes anterior un 0.3%.

Si analizamos a esta muestra por grupos de edad, tenemos para el grupo comprendido entre los 15-18 años una prevalencia vida del 2.4%; entre los que tienen entre 19-24 años un 4,9%; y entre los que tienen entre 25-39 años un 2.3%. La mayoría de los usuarios son hombres (70.1%), de edades comprendidas entre los 20 y los 29 años (61.7%), solteros (77.4%), y viven con sus familias de origen (59.6%). La mayoría tienen educación elemental o secundaria y proceden de clase media.

Como hemos venido indicando, el uso del MDMA suele venir acompañado de otras drogas. Este mismo grupo de usuarios tomó alcohol (90%), cánnabis (76%), cocaína (47,3%), anfetaminas (30.5%), alucinógenos (29.8%), heroína (19.9%) y tranquilizantes e hipnóticos (18,6%).

El 29.3% han usado éxtasis más de diez veces en su vida; el 20.3% han tomado más de tres pastillas en una sola sesión.

- Reino Unido

La primera referencia al MDMA en el Reino Unido fue un artículo publicado en “The Face” en 1984. En este artículo se hacía referencia al consumo por parte de un restringido grupo de gente que trabajaba, en su mayoría, en los medios de comunicación, la música pop y el mundo de la moda; que por motivos de trabajo viajaban a Estados Unidos y al volver se traían pequeñas cantidades de pastillas para uso personal, no para su comercialización (McDermott and Matthews, 1997).

En estos tres últimos años la presencia del MDMA ha ido creciendo lenta, pero constantemente. Los disk jockeys ingleses y otros personajes de la escena dance comenzaron a viajar a Ibiza y a otros puntos turísticos del Mediterráneo, dando origen a lo que se conoció a finales de los ochenta como “Balearic beat”. Desde este momento, el consumo de éxtasis comenzó a extenderse desde la élite de la escena musical inglesa hacia otras capas de la subcultura musical británica.

Después de 1988, año en el que se produjo la primera muerte por consumo de éxtasis, fue cuando comenzó la controversia entre todos los sectores de la sociedad, en cuanto a lo peligroso que podían llegar a resultar esas nuevas fiestas rave, tecno, etc.

Los resultados de una encuesta realizada a la población en general entre los 16 y los 59 años de edad (Ramsey and Percy, 1996), con una muestra representativa de 14.520 personas encuestadas, fueron los siguientes: una

prevalencia vida del 2%, incrementándose hasta el 6% en la franja comprendida entre los 16-29 años, con una prevalencia de consumo en el mes anterior del 1%.

En otra encuesta (Health Education Authority, 1996), elaborada en 1995 con una muestra de 5.020 personas de edades comprendidas entre los 11 y los 35 años de edad, arrojó que al 28% les habían ofrecido éxtasis; una prevalencia vida del 7% (9% hombres y 5% mujeres), y una prevalencia para el mes anterior del 1%. El uso lo habían realizado en discotecas el 65%, en raves 51% y en fiestas particulares un 43%.

Otra muestra que aporta luz sobre el nivel de consumo de los estudiantes europeos, es la que realizó el Grupo Pompidou (Miller y Plant, 1996), la muestra constó de 7.722 estudiantes de diferentes países de Europa, los resultados para la franja de edades comprendidas entre los 15 y 16 años, fueron contundentes: una prevalencia de consumo vida del 9.2% para los chicos y un 7.3% para las chicas.

1.3. Opiáceos

El nivel de consumo o de dependencia problemática⁹ de opiáceos (principalmente heroína) parece ser relativamente estable en toda la UE. La media de edad de los consumidores conocidos sigue aumentando lentamente, aunque esto también puede deberse al desarrollo de los tratamientos de sustitución.

Se calcula que el número de consumidores problemáticos de opiáceos se eleva, aproximadamente, a 1.5 millones de personas (4 por cada 1000) en la UE, y se calcula que cumplen con el perfil de “adictos” en torno a 1 millón (2.7 de cada 1000).

⁹ “El consumo problemático de drogas” se define como el consumo de drogas de un modo tal que aumente perceptiblemente el riesgo de consecuencias físicas, psicológicas o sociales graves, adversas para el consumidor. (OEDT, Memoria 1999)

Como veremos más adelante, las diferencias en cuanto a prevalencia de consumo entre países son notables y se deben a múltiples factores, incluida la exclusión social. Sigue dándose una incidencia de consumo fuerte en las periferias de las principales ciudades europeas.

Varios países siguen registrando un aumento del consumo de heroína, especialmente fumada, entre diferentes grupos (incluidos jóvenes consumidores de ATS). Estudios recientes sugieren que los jóvenes tardan más en entrar a tratamiento¹⁰, por lo que esta tendencia no se aprecia con claridad en los diferentes indicadores existentes.

1.4. Cocaína

La prevalencia del consumo de cocaína es inferior a la de anfetaminas o éxtasis (ATS), pero superior a la de heroína.

Las crecientes incautaciones y los indicadores de oferta apuntan a un crecimiento constante del mercado de cocaína en toda la UE.

En algunos países ha aumentado la demanda de tratamiento por consumo de cocaína, que aparece generalmente como droga secundaria entre los adictos a la heroína.

Respecto al “crack” se ha producido cierta expansión hasta superar el anteriormente limitado número de zonas en las que se consumía esta sustancia (fuerte consumo entre pacientes en PMM)

Consumo múltiple de drogas

Se están dando cada vez más casos de consumo múltiple de diferentes medicamentos y/o alcohol, tanto entre consumidores problemáticos de drogas como en contextos de consumo ocasional.

¹⁰ Parece darse una relación inversa entre edad de inicio y edad de entrada a tratamiento.

2. Prevalencias del consumo en la U.E.

2.1. Consumo de drogas entre la población general

A pesar de las diferencias entre países y los diversos métodos de información, se perfilan algunos modelos.

El consumo de **cánnabis** entre adultos oscila entre el 10% en Finlandia y el 20-30% en Dinamarca, España y Reino Unido. En el caso de adultos jóvenes, los índices son más altos: entre el 16 y el 17% en Finlandia y Suecia y entre el 35 y el 40% en Dinamarca, España y Reino Unido.

El consumo a lo largo de toda la vida de **anfetaminas** (ATS), generalmente la segunda sustancia más frecuente, se sitúa entre el 1 y el 4% de todos los adultos; y entre el 1 y el 5% de los adultos jóvenes en la UE. Han probado éxtasis del 0.5 al 3% de todos los adultos europeos y del 1 al 5% de los adultos jóvenes. Los índices de consumo de ATS son sensiblemente más altos en el Reino Unido.

Han probado **cocaína** del 1 al 3% de todos los adultos y del 1 al 5% de los adultos jóvenes de Europa. En España y Francia, los índices de consumo de cocaína son más altos que los de ATS.

En general la prevalencia del consumo de **opiáceos**, fundamentalmente heroína, es la más baja en la UE. Los niveles menores de consumo los encontramos en Alemania, Austria, Finlandia y Suecia, y los más elevados en Italia, Luxemburgo y Reino Unido. En los países con prevalencia intermedia, las estimaciones están entre tres y cinco consumidores (CVI) por mil habitantes.

3. Demanda de Tratamiento

La mayoría (del 70 al 95%) de las admisiones a tratamiento se debe al consumo de opiáceos (principalmente heroína), aunque en la Comunidad Flamenca de Bélgica, Finlandia y Suecia, los casos de opiáceos representan menos del 40% de las admisiones.

En la mayoría de los países, la cocaína figura como droga principal en menos del 10% de las admisiones a tratamiento, aunque este porcentaje se eleva al 15% en Luxemburgo y al 18% en los Países Bajos. Los consumidores de heroína a menudo señalan que consumen cocaína como segunda droga.

El cánnabis aparece generalmente como la principal droga del 2 al 10% de los pacientes en tratamiento, aunque se aprecian números más elevados (13 a 22%) en Bélgica, Alemania y Finlandia.

Las anfetaminas, los estimulantes tipo anfetamínico (ATS) y los alucinógenos son la droga principal, aproximadamente, para menos del 1 o 2% de los casos en tratamiento. Sin embargo, la proporción es más alta en la Comunidad Flamenca de Bélgica (19%), Finlandia (48%), Suecia (20%) y el Reino Unido (9%)

La prevalencia del consumo de drogas por vía intravenosa es más común entre consumidores de opiáceos, y pasa de alrededor del 14% (Países Bajos) a más del 80% (Grecia y Luxemburgo). El consumo de anfetaminas (ATS) se produce frecuentemente en los países escandinavos y en el Reino Unido, aunque este no sea un patrón común en la mayoría de los países.

En todos los Estados miembros de la UE, los varones representan del 70 al 85% de los pacientes admitidos a tratamiento. La edad media se sitúa entre 25 y 35 años en la mayoría de los casos. Algunos países han registrado un aumento de esta cifra.

Se aprecia un ligero descenso de los admitidos a tratamiento por adicción a opiáceos y aumentan los que presentan como primera droga de consumo la cocaína o ATS; también se ha apreciado un aumento entre los consumidores de cánnabis, en la demanda de tratamiento, sobre todo en personas que lo hacían por primera vez.

4. Enfermedades infecciosas asociadas a la droga

Las enfermedades infecciosas, tales como el VIH y las hepatitis B y C, han alcanzado una alta prevalencia entre los consumidores de droga por vía intravenosa (CVI). Los índices de prevalencia respecto a la infección del VIH muestran, no obstante, importantes diferencias entre países, que van del 1% en Inglaterra, Irlanda y País de Gales, al 32% en España.

Al parecer, la prevalencia está disminuyendo lentamente en algunos países (Francia, Italia), pero no en otros (España). Incluso en los países donde la prevalencia se mantiene estable, continúa la transmisión del VIH entre los CIV. La epidemia del VIH ha entrado ahora en una fase estable (endémica) en la mayoría de los países de Europa Occidental.

5. Las adicciones y sus consecuencias sobre la salud neonatal

Cuando el consumo de sustancias adictivas afecta a las mujeres y se mantiene durante el período de gestación, es necesario prestar atención a las implicaciones que dicho consumo tiene sobre el recién nacido.

Existe consenso entre los investigadores acerca de los efectos negativos de la utilización de diversas sustancias adictivas sobre la salud fetal y neonatal.

La adquisición de hábitos perniciosos como la adopción de dietas inadecuadas, o el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales son

condicionantes de múltiples patologías del neonato y una menor utilización del control prenatal.

El uso de sustancias psicoactivas merece especial consideración por su influencia en muertes infantiles evitables.

5.1. Alcohol: Mayor frecuencia de aborto, retraso del crecimiento pre y post-parto (peso medio al nacer de 2000g), anomalías faciales y disfunción neurológica, microcefalia, retraso mental y alteración del desarrollo neuroconductual (Síndrome alcohólico fetal).

El alcoholismo es causa de retraso mental más frecuente que el síndrome de Down y la parálisis cerebral.

5.2. Cocaína: Mayor frecuencia de aborto, desprendimiento placentario (15%), malformaciones genitourinarias y neurológicas, anomalías de la conducta interactiva del niño, alteraciones neuroconductuales (hiperactividad, temblores, déficit de aprendizaje). Prematurez (31%), BPN (bajo peso al nacer) (19%). Si se suspende el consumo en el primer trimestre persiste la frecuencia de prematurez y desprendimiento, pero se normaliza el crecimiento fetal. También se dan Atresias aisladas y defectos esqueléticos. Efectos mediados por vasoconstricción uteroplacentaria con hipoxia fetal por bracidinas. La vasodilatación rebote puede favorecer la absorción masiva de sustancias de otra manera inofensivas (peligro en madres poliadictas). Los efectos mencionados se han reportado aún con el consumo esporádico.

5.3. Cánnabis: Asociado a déficit de conducta neurológica del neonato, anomalías congénitas y retraso del crecimiento.

5.4. Heroína: Se asocia a anomalías menstruales por asociación con desnutrición materna, hepatitis, infecciones pélvicas.

Síndrome de abuso múltiple de fármacos: Las adictas endovenosas suelen presentar anemia, celulitis, bacteriemias, endocarditis, hepatitis, flebitis, neumonía, tétanos, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

6. Fallecimientos relacionados con la droga

Tras los fuertes aumentos que se produjeron a finales de los años ochenta y a principios de los noventa en muchos Estados miembros de la UE, el número de fallecimientos relacionados con la droga se ha estabilizado o incluso ha disminuido. No obstante, dichos aumentos se mantuvieron en algunos países hasta fecha reciente.

La mayor parte de las muertes por intoxicación aguda se debe a opiáceos, aunque a menudo se encuentran indicios del consumo de alcohol y benzodiacepinas.

Las muertes por intoxicación aguda relacionadas solamente con el consumo de cocaína o anfetaminas son poco frecuentes.

Pese a ser objeto de gran atención mediática, las muertes relacionadas con el éxtasis o sustancias similares no son numerosas

7. Respuesta asistencial

7.1. Reducción de Daños

Parece claro que, desde las Instituciones es esta la postura que con mayor vigor se defiende. Tras haberse mantenido al margen durante años en muchos países, la reducción de daños se reconoce cada vez más como una herramienta importante de las políticas nacionales y locales relativas a la droga. El debate se centra ahora, sobre todo, en la evidencia científica. Los

proyectos pretenden dar reconocimiento legal, profesional o político a una gama de actividades, tales como el intercambio de jeringuillas, espacios en los que poder inyectarse o el tratamiento de sustitución que intentan reducir el perjuicio a la salud y el daño social causados por la toxicomanía.

Definición: Se entiende que reducir riesgos es una filosofía de la acción educativa y sanitaria sin valoración real previa sobre una conducta determinada. Es una política asistencial que organiza y engloba la práctica del conjunto de acciones sanitarias, sociales y comunitarias, en relación a los efectos perjudiciales del consumo de drogas.

Se engloban en esta estrategia todos aquellos programas y servicios, médicos o sociales, de base individual o colectiva, encaminados a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas.

En consecuencia, el objetivo de dichas políticas no es la abstinencia.

Los **objetivos** a corto, medio y largo plazo son:

A corto plazo:

- Establecer contacto desde las redes socio-sanitarias existentes con el mayor número de consumidores de drogas posible.
- Reducir al mínimo los riesgos biopsicosociales asociados al consumo activo de drogas.
- Reducir el riesgo de transmisión de infecciones dentro y fuera del grupo de consumidores activos.
- Detectar necesidades
- Paliar carencias sociales
- Promover el diagnóstico precoz y la profilaxis de infecciones oportunistas y tratar las patologías asociadas.

A medio y largo plazo:

- Facilitar el acceso hacia otros recursos para aquellos que lo solicitan.
- Promover el mantenimiento de contacto, facilitando su participación como agentes de salud personal y en la promoción de comportamientos más sanos entre sus pares.
- Integrar su participación para ajustar los recursos a las necesidades existentes, integrando sus conocimientos a la realidad concreta.
- Intervenir para dejar o disminuir el uso de cualquier sustancia psicoactiva.

Este proceso de intervención por etapas, con objetivos prioritarios que no pretenden el abandono del consumo, sino una progresiva transformación del mismo, de más a menos peligroso, y en el que la abstinencia se sitúa al final de un proceso que puede ser largo o puede no darse nunca, constituye una finalidad legitimada desde una concepción de Salud Pública.

7.2. Clasificación general de tratamientos

Dentro de la variedad de Centros que imparten tratamiento para drogodependientes, se puede hacer una clasificación en cuatro grandes grupos¹¹, válida para la Europa Occidental y América del Norte.

- La DESINTOXICACIÓN, casi siempre con ingreso del paciente en el Centro, y que puede efectuarse tanto con ayuda de fármacos como sin ellos. Es una modalidad de tratamiento de corta duración, que precede a otros tipos de tratamientos.
- El TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN, la mayoría para toxicómanos adictos a opiáceos, habitualmente adopta la modalidad de régimen externo con servicios complementarios que varían según los centros.

¹¹ COMAS, Domingo “Los estudios de seguimiento” Ed. GID Madrid.

- La COMUNIDAD TERAPÉUTICA o residencias libres de droga, en las que el proceso terapéutico hace hincapié en la interacción del grupo, el desarrollo de una autopercepción realista y el autocontrol.

El TRATAMIENTO EXTERIOR LIBRE DE DROGA, se utiliza tanto grupal como individualmente, incluyendo frecuentemente programas y servicios de orientación vocacional, ocupacionales, orientación familiar, etc.; descubriéndose una amplia variedad de modalidades.

Esta clasificación desglosada, muestra las siguientes alternativas (Cole y Watterson).¹²

Tratamiento de Sustitución – Orientado al cambio.

Tratamiento de Sustitución – Adaptativo/paliativo/reducción del daño.

Tratamientos externos libres de drogas – Orientada al cambio.

Tratamientos externos libres de drogas – Adaptativos.

Comunidad Terapéutica – Tradicional.

Comunidad Terapéutica – Modificada.

Comunidad Terapéutica – Corta duración.

Desintoxicación – Pacientes internos.

Desintoxicación – Pacientes externos.

¹² Programa DARP. Se le puede considerar el primer esfuerzo sistemático por evaluar objetivamente la eficacia de diferentes tipos de tratamientos de la toxicomanía en una población muy numerosa y ampliamente distribuida geográficamente. Fue financiado por el National Institute of Mental Health (USA) y desarrollado por el Institute of Behavioral Reserach, de la Christian Texas University.

- Concepto de efectividad de un tratamiento

Las medidas adoptadas por un tratamiento, deben ser construidas sobre objetivos que representen conceptualmente las expectativas de la sociedad sobre la efectividad de la rehabilitación del toxicómano.

Podríamos resumirlas como un conjunto de expectativas que implican cambios conductuales en aspectos tales como el productivo, el no desviado, el no dependiente, la vida en una comunidad no supervisada, y que incluye una creciente mejora en el empleo, en la abstinencia respecto al uso de drogas ilegales, la moderación en el consumo de alcohol, la estabilidad del modo de vida y de los modelos de actuación familiar y la disminución de conductas criminales y actividades sujetas a arrestos o prisión.

Los cambios de conducta más espectaculares se ha conseguido con los tratamientos de mantenimiento con metadona y con los pacientes de más edad. Al parecer los mejores logros se consiguen con pacientes mayores de 25 años; surgiendo la variable edad, como algo muy a tener en cuenta para conseguir la efectividad de un tratamiento.

El gran problema de la metadona es que se trata de un opiáceo que también crea adicción. De ahí que uno de los aspectos más controvertidos sea el de si hay que lograr que al final los pacientes abandonen también la metadona.

7.2.1. Antagonización rápida de opiáceos

El tratamiento de desintoxicación en pacientes adictos a opiáceos, cuando se aplica en un Hospital General, suele utilizar un procedimiento farmacológico encaminado a que el paciente experimente lo menos posible la sintomatología típica del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO) y a favorecer el contacto médico-enfermo, considerando que esto aumentará las posibilidades de completar el proceso de desintoxicación y el establecimiento del abordaje psicoterapéutico posterior.

Se han desarrollado técnicas específicas que combinan fármacos como clonidina, naltrexona, naloxona y otras que incluyen anestesia general y/o sedación. Es frecuente el uso de adrenérgicos en estos protocolos farmacológicos, y la justificación de su uso ha sido puesta de manifiesto debido a la importancia de la hiperactividad noradrenérgica en la patogénesis del SAO. La eficacia de la clonidina para disminuir o suprimir los síntomas del SAO está bien establecida, incluso para bloquear el SAO precipitado por naloxona. Existe un buen número de estudios que preconizan el uso conjunto de clonidina y naltrexona, proponiéndolo como un método seguro, eficaz y rápido para la desintoxicación hospitalaria y ambulatoria de pacientes con dependencia a opiáceos (E. Elizagárate y M. Gutiérrez Fraile, 1996)¹³

De la revisión de la literatura se deduce que la combinación clonidina-naltrexona opera bien y que los pacientes manifiestan un SAO de mediana intensidad, demostrando que esta combinación acorta netamente la abstinencia sin intensificar la sintomatología.

Estos modelos, llamados comúnmente **curas cortas** de desintoxicación a opiáceos tienden a equiparar las tasas de finalización en curas ambulatorias y hospitalarias y facilitan la transición a pautas de tratamiento con antagonistas.

Con posterioridad a estas curas cortas de desintoxicación a opiáceos se han desarrollado estudios con otras combinaciones de fármacos. Algunos de estos estudios intentan comprobar si la sintomatología de abstinencia a opiáceos inducida mediante antagonistas es bloqueada por barbitúricos como metoexital, midazolam, ondasetron, etc.

¹³ Elizagárate, E. y Gutiérrez Fraile, M. "Antagonización rápida de opiáceos. Eficacia en una muestra de 91 pacientes" Hospital Santiago Apostol. Vitoria, 1996

La duración media de la estancia hospitalaria para una desintoxicación de opiáceos es de 12 días y la tasa de retención en tratamiento alcanza una media del 65%.

Una técnica bastante utilizada como desintoxicación corta consiste en **primer** lugar, en efectuar desintoxicación ultracorta de opiáceos con utilización precoz de antagonistas, utilizando la vía oral como forma casi exclusiva de administración. **Segundo**, evitar la hospitalización utilizando el régimen de hospital de día y por último comprobar que la aplicación de este tratamiento supone una mejora de calidad técnica y percibida.

En este tipo de ensayos clínicos se pretende comprobar: 1. La cura ultracorta de desintoxicación a opiáceos con utilización de psicotropos por vía oral reduce el SAO de igual forma que otros protocolos farmacológicos existentes; 2. la estabilización previa del paciente con antagonistas opiáceos a dosis constantes permite mayor calidad del protocolo por mejor ajuste de la dosis de agonistas (metadona, buprenorfina) y antagonistas (naltrexona, naloxona); y 3. la tasa de retención alcanzada con este protocolo es superior a la alcanzada con los protocolos clásicos.

Como ejemplo de este tipo de desintoxicaciones tomaremos el realizado en el Hospital Santiago Apostol de Vitoria-Gasteiz (País Vasco)¹⁴

7.2.1.1. Material y método

Selección de pacientes: Todos los sujetos tratados eran dependientes de heroína por vía parenteral o inhalatoria, y fueron desintoxicados durante el período septiembre de 1994-febrero de 1996 en el hospital de día (no psiquiátrico) antes mencionado. Los pacientes fueron remitidos por centros de asistencia específicos para toxicómanos ubicados en el País Vasco y pertenecientes al Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) o bien remitidos desde un centro de Salud Mental de una provincia limítrofe.

¹⁴ Rev. "Adicciones" Vol.X.Nº.6, 1998.

El tiempo que transcurría entre la solicitud de tratamiento en el centro de asistencia ambulatoria y la asistencia hospitalaria era de una semana. Los pacientes debían estar en ayunas, en abstinencia de opiáceos durante varias horas previas al ingreso y acompañados de familiares durante el tratamiento, que permanecieron durante las 12 horas en la misma habitación que el paciente. Todos los pacientes suscribieron un consentimiento informado que incluía riesgos del tratamiento y explicación del fundamento del mismo. Los criterios de exclusión fueron: 1) patología psiquiátrica estructurada (esquizofrenia, antecedentes de psicosis tóxicas, trastornos graves del humor, ideación suicida estructurada), 2) trastornos somáticos (insuficiencia respiratoria, hepática o renal descompensadas). 3) infecciones activas concomitantes (hepatitis activas con enzimas hepáticas >300 U/I, SIDA con recuento $CD4 < 300$). También fueron excluidos los pacientes que presentaban otras adicciones excluyendo la nicotina (especialmente alcohol, benzodiacepinas y psicoestimulantes). Se admitían consumos esporádicos de benzodiacepinas o psicoestimulantes no superiores a una vez por semana.

Protocolo aplicado: se aplicó una técnica farmacológica mixta, que consiste en utilizar clonidina, midazolam y ondasetron por vía oral y de forma simultánea al inicio del tratamiento, seguida de una primera antagonización con naltrexona por vía oral y una segunda antagonización con naloxona por vía subcutánea. El tratamiento se realizó en régimen de hospitalización parcial durante 12 horas. En algunos casos, los pacientes fueron estabilizados previamente al ingreso durante 3-4 días con agonistas opiáceos (metadona o buprenorfina) en los centros de referencia. El paciente recibía el mismo día de su ingreso (hacia las 9.00h) Midazolam como fármaco para la sedación (v.o) y Clonidina (agonista adrenérgico v.o.). A las 9h30' se le administraba una primera antagonización con naltrexona (v.o) y unos minutos más tarde (9h45') una segunda antagonización con naloxona (s.c). A las 12 horas se administraba nuevamente ondasetron y naltrexona. Se añadió medicación concomitante cuando fue preciso con carácter sintomático, por ejemplo, se utilizó metoclopramida I.M. para el control de

los vómitos; antiespasmódicos (tipo bromuro de hioscina) para diarreas y espasmos intestinales. En algún caso fue preciso la administración de clonidina hacia la mitad de la cura (hacia las 6 horas de la antagonización) para el control de los síntomas de abstinencia. Las medidas de seguridad implantadas abarcaban registro cada 15' del índice de saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, pulso y tensión arterial. Asimismo, se disponía de oxígeno y vacío. De conformidad con las Normas Éticas, el protocolo fue aceptado por el Comité Ético del Hospital.

7.2.2. Los Tratamientos de Sustitución

Para dependencias de opiáceos se está extendiendo rápidamente, a menudo con la participación de médicos generalistas. Se considera que alrededor de 300.000 personas en la UE están recibiendo tratamiento de sustitución, principalmente con **metadona**¹⁵. En la Unión, quizás el 20% de todos los consumidores problemáticos de opiáceos reciben tratamiento de sustitución.

7.2.2.1. Metadona

La metadona es, con mucho, el medicamento más común de sustitución en la UE y existe ahora un consenso sustancial sobre los beneficios de su mantenimiento. El mantenimiento con metadona ha mostrado éxitos en parámetros como disminución del consumo de drogas, disminución de la criminalidad, disminución de la morbi-mortalidad (especialmente la ligada al VIH/SIDA) y aumento de la actividad laboral, todo ello relacionado con una retención en tratamiento muy superior a otras modalidades. Aunque algunos estudios muestran como se produce entre los pacientes en PMM un aumento del consumo de otras sustancias ilegales diferentes de la heroína, sobre todo un probado aumento del consumo de cocaína y alcohol.

¹⁵ La **metadona** es un medicamento opiáceo sintético que obstaculiza los efectos de la heroína durante 24 horas, tiene una historia de éxitos probados cuando se receta en concentraciones suficientemente altas para las personas adictas a la heroína. El **LAAM**, que también es un fármaco opiáceo sintético para tratar la heroínomanía, puede impedir los efectos de la heroína hasta 72 horas. Otros productos aprobados son la naloxona, que se utiliza para tratar los casos de dosis excesivas, y la naltrexona, que obstruyen los efectos de

La efectividad de los PMM viene garantizada, hoy en día, por decenas de estudios (Simpson, 1982; Yancovitz, 1991; Bobes J, Cervera S. 1996; D'Aunno T, Vaughn C. 1992; Caplehorn JR, Bell J, Kleimbaum DG, Gebiski VJ. 1993...). En general, salvando las diferencias entre unos y otros, debido a la multitud de variables a analizar (desde retención hasta calidad de vida del usuario), podemos decir que el **perfil del usuario** atendido en el PMM es el de un heroinómano de larga evolución, con complicaciones médicas y escasa adaptación sociolaboral, y que ha realizado previos intentos de tratamiento.

- Resultados

Los estudios muestran como la situación del grupo de usuarios analizada, después de varios años de tratamiento (en muchos casos hablamos de 4 años) mejora respecto a la que ofrecía al comenzar el tratamiento, tanto en lo que respecta al consumo de drogas en general (drástica disminución del consumo de heroína, importante la de cocaína, y cambios menos llamativos pero constatables hacia un menor uso de benzodiacepinas extraterapéuticas y cantidades elevadas de alcohol) como el nivel de reinserción social (importante disminución de problemas legales y más moderado incremento del empleo, muy condicionado por el contexto laboral del área). Además, las prácticas de riesgo asociadas al consumo son casi inexistentes, siendo la seroconversión VIH durante el tratamiento muy baja. Por último, los pacientes manifiestan tener una moderada satisfacción con su estado.

Estos cambios se pueden relacionar, razonablemente, con la permanencia en el PMM, aunque es evidente que una aseveración en este sentido pasaría por un estudio con “grupo control” sin tratamiento, a todas luces inviable por razones éticas.

Con respecto a los logros alcanzados durante el tratamiento con metadona, han sido varios los estudios sobre las variables que podrían incidir en la manifiesta efectividad del los PMM. Las más relacionadas con un mal pronóstico son el consumo de cocaína u otras drogas, la comorbilidad psiquiátrica, la dosificación de metadona inadecuada, el tiempo en tratamiento (retención) de menos de un año y la oferta asistencial escasa (listas de espera).

- Calidad de vida

Como vemos, las evaluaciones de los PMM se han centrado en medir variables “duras” (consumo de drogas, morbi-mortalidad, criminalidad, empleo, etc.) pero no se han detenido a conocer el nivel de calidad de vida obtenido por los pacientes en el tratamiento, es decir su percepción subjetiva. Aunque el término “calidad de vida” es cuestionado y de difícil precisión, existe un consenso sobre la concepción teórica de la salud como una valoración global del estatus individual, “teniendo el bienestar como definidor de la misma, y la necesidad de calcular los efectos, tanto positivos como negativos, de las intervenciones sanitarias sobre las condiciones de vida de los enfermos y no sólo sobre los síntomas de la enfermedad” (Bobes J. 1996).

Son ya numerosos los trabajos sobre calidad de vida en otras patologías, y varios los intentos de conseguir un instrumento de medida fiable. Destaca entre éstos el SF-36 Helth Survey (adaptado para España no hace mucho)¹⁶ Parece ineludible, por tanto, medir un parámetro que se cita constantemente como objetivo final de los tratamientos con sustitutivos: la mejora de la calidad de vida del adicto.¹⁷

¹⁶ ALONSO J, Prieto L, Antó JM. “La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos” Med Clin (Barc) 1995, 104:771-776.

¹⁷ World Health Organization. “Option for the of methadone in the treatment of drug dependence” WHO Division of Mental Health. Ginebra, 1999.

Las investigaciones sobre calidad de vida en adictos, demuestran una mejora notable de la misma tras un tiempo en el PMM. Es llamativo el escaso número de investigaciones a este respecto, máxime cuando, como hemos comentado previamente, uno de los objetivos de los PMM es una mejora general de la calidad de vida del adicto, que en la mayor parte de los casos parece medirse solamente con variables “duras”.

Las dos experiencias más recientes que evalúan la calidad de vida en estos pacientes son la australiana, que muestra como los adictos al iniciar tratamiento con metadona tienen una calidad de vida mucho peor que la población general e incluso una salud física y mental tan pobre que es similar a la de grupos con enfermedades crónicas graves (somáticas y psiquiátricas). Y la más cercana de Barcelona, que confirma una notable mejoría de la calidad de vida al año de estar en PMM, que ya se aprecia el primer mes, aunque sigue siendo peor que la de la población general de esa ciudad; y que la mejoría es menor especialmente en aquellos consumidores de altas dosis de heroína.

Es necesario hacer hincapié en que la calidad de vida de los adictos en PMM, está muy condicionada, como era de esperar, por la infección por el VIH, y también por la presencia de psicopatología (ansiedad, y especialmente depresión), que la merman notablemente.

- Valoración

Los resultados globales obtenidos por los PMM pueden considerarse muy positivos, ya que alcanzan con suficiencia gran parte de los objetivos adjudicados a este tipo de programas: disminución del consumo de drogas ilegales, prevención del deterioro físico y de los problemas legales y, en general, mayor integración social (cuestionado por el consumo de crack)

“Desde el punto de vista del propio paciente se demuestra una aceptable calificación de su situación, con una calidad de vida moderada según el SF-36.”¹⁸

En cuanto a las variables relacionadas con la evolución, cabe destacar la necesidad de detectar y tratar lo antes posible la psicopatología asociada (depresión y ansiedad), pues condicionan una peor evolución con policonsumos (de drogas ilegales y alcohol) y menor calidad de vida. La relación de la psicopatología con la infección por VIH es probable en muchos casos, por lo que el incremento de apoyo psicosocial a estos pacientes se hace necesario.

La mejora en la eficacia del programa pasaría, por tanto, por una mayor atención a los problemas de salud mental de los pacientes, además del abordaje de la propia dependencia de heroína y de otras sustancias.

- Características funcionales de los tratamientos con metadona

Procedencia de los pacientes

Con respecto al flujo de pacientes entre servicios se observó que una alta proporción de los pacientes acudía a los centros solicitando tratamiento por iniciativa propia. La metadona por sí misma resulta muy atractiva para los adictos a opiáceos y aunque no sabemos si se ha interpretado bien el significado de esta procedencia, el gradiente observado según ubicación de los PMM informa que probablemente exista una proporción elevada de pacientes que piden por sí mismos este tratamiento. Ello, puede también estar indicando que la red de asistencia específica a los drogodependientes está bien consolidada y al ser bien reconocida por los usuarios, éstos acceden directamente. Por otra parte es importante destacar el incremento de la presencia de los centros penitenciarios, como derivadores de pacientes a otros centros.

¹⁸ FERNANDEZ Miranda, JJ; et al “Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en

Otra característica a destacar es que un porcentaje alto (entre un 33 y un 50%) de los centros dispensadores tienen lista de espera, y parece que aumenta, año tras año, el número de centros que informan tener este problema, solicitando más plazas. En los centros que no existe lista de espera, los pacientes tienen que esperar unos 8 días y cuando existe lista de espera, entre dos y tres meses.

Es importante que exista el menor tiempo de espera posible porque no tiene ninguna justificación desde el punto de vista terapéutico y puede incluso ser contraproducente hacer esperar al enfermo. “Se ha demostrado que los obstáculos y demoras entre el momento en que se realiza la indicación del TMM¹⁹ y su inicio no sólo no facilita la motivación de los pacientes, sino que se asocia con más expulsiones y abandonos del TMM y con más consumos de heroína en los primeros 6 meses de tratamiento, comparando con los pacientes que son admitidos rápidamente al programa.” (Bell et al., 1994)

- Criterios de inclusión y expulsión de los tratamientos con metadona

Parece existir un cierto consenso en considerar algunos criterios de **inclusión** de pacientes a PMM, sufrir una patología orgánica grave, tener SIDA, y estar embarazada, se consideran los más importantes para incluir un paciente a TM. Estos eran los criterios iniciales cuando se empezó a prescribir metadona. En cambio, otros criterios, como ser VIH negativo o que el propio paciente demande TM, fueron valorados con muy baja puntuación en una proporción elevada de centros. “Aunque ha existido cierta mejora respecto a años atrás, esto sugiere que en la inclusión de los adictos a PMM se sigue priorizando el tratamiento paliativo, dirigido a los pacientes con peor estado de salud, no adoptándose un objetivo de prevención de la infección en los pacientes aún no infectados.” (Institut Municipal d’Investigació Mèdica. Barcelona, 1999)

mantenimiento prolongado con metadona” Adicciones, Vol., 11 N°1 pp.43/42. 1999.

¹⁹ Tratamiento de mantenimiento con metadona.

Respecto a los criterios de **expulsión** de los TM, al menos un 50% de los centros consideran un criterio importante para expulsar a los pacientes de TM, el consumo de drogas ilegales y el consumo continuado de opiáceos. Un escaso número de centros, en torno a un 10% disminuyen la dosis de metadona si detectan opiáceos en la orina. Aunque esta actitud debería ser matizada en cuanto a frecuencia de orinas positivas y otros condicionantes para la expulsión, parece sugerir una actitud restrictiva, más orientada a la abstinencia de drogas que a la reducción del daño. Aun cuando está descrito “que, aunque el TMM favorece la reducción del consumo de drogas, la abstinencia total de heroína y otras drogas es un objetivo inalcanzable, en este tipo de centros, para la mayoría de los adictos” (Ball, 1991). También ha sido referido que incluso en los programas más efectivos una cuarta parte de los pacientes continuarán inyectándose metadona, aunque con menor frecuencia (Wolk et al., 1990). Si bien es cierto, que esta disminución de administración endovenosa ya supone un paso en la reducción del riesgo de enfermedades de transmisión vía hematológica.

Otros criterios como causar violencia en el centro, consumir o traficar con drogas en el centro, traficar con la metadona o falsificar recetas son puntuados por la mayoría de los centros como criterios de expulsión.

En cuanto al seguimiento de los pacientes después de un alta médica de TM, se realiza en una parte importante de centros, aunque la realidad es que generalmente sólo se presentan en el centro aquellos que mantienen un seguimiento por problemas médicos o psiquiátricos.

- Dosis

En la actualidad está plenamente aceptada la relación entre la dosis de metadona y el consumo ilegal de opiáceos. Con los estudios realizados puede establecerse que la dosis mínima efectiva de metadona es de 60 mg (Hartel et al., 1988; Kreek, 1992; Ball, 1991; Farrell et al., 1994). La dosis media para la mayoría de los centros es de 70 mg, por encima de la dosis considerada como punto de

inflexión. La realidad ha demostrado que a mayor dosis de metadona menor consumo de heroína se produce. Realidad a tener en cuenta, sabiendo que “los programas de metadona como instrumento de prevención de la transmisión del VIH, pasa por entender la retención en tratamiento como una de las prioridades” (Klee, 1991). En este sentido, un aspecto relevante de la dosis de metadona administrada, es su papel fundamental en conseguir que los pacientes se mantengan en tratamiento el tiempo necesario. Hay una relación directa entre dosis de metadona y retención en el tratamiento, de forma que las dosis superiores a 80 mg son las que consiguen una mayor retención (Ball, 1991; Caplehorn and Bell, 1991; Caplehorn et al., 1993). Estudios posteriores indican que la mayor eficacia se obtiene con dosis superiores a 120 mg (Caplehorn et al., 1994). Estos estudios se han confirmado en España (Torrens, Castillo y Pérez-Solá, 1996), siendo en este país de especial relevancia debido al elevado número de personas infectadas por VIH tras el consumo parenteral de heroína. “Así pues, sería recomendable que las dosis se ajustasen de forma individualizada y sin límites teóricos ni subjetivos, con el fin de reducir el consumo ilegal de opiáceos y favorecer el tiempo de retención”²⁰.

- Tipos y duración de los tratamientos

Los TMM coexisten con otras modalidades de tratamiento. A su vez, y dentro de los centros de TMM encontramos la oferta de diferentes tipos de tratamiento: las desintoxicaciones de menos de 21 días, los TMM de corto plazo (menos de 6 meses) y los TMM a largo plazo (superiores a 6 meses). Hay que señalar que la mayoría de los centros desarrollan TMM a largo plazo.

El objetivo de la mayoría de los centros es paliativo (reducción del daño).. Aunque debido a la acumulación de usuarios, en muchos centros se está poniendo especial énfasis en la reducción, proponiendo al paciente la finalización del tratamiento. En este sentido hay que recordar que los equipos que están realizando estos TMM están formados por profesionales

²⁰ Plan Nacional sobre Drogas (PND) “Características de los centros con tratamientos de metadona en España” Ministerio del Interior, Madrid, 1997.

que, en la mayoría de ocasiones, han tenido que hacer un cambio de enfoque en los tratamientos para la adicción a opiáceos que venían realizando con anterioridad al desarrollo de los TM. Este cambio supuso pasar de tratamientos orientados a la abstinencia a tratamientos paliativos con sustitutivos opiáceos. En los primeros, el adicto debía abandonar el consumo de drogas, mientras que en los segundos se acepta la dificultad del paciente en abandonar el uso ilegal de drogas, y se plantean como prioritarios aspectos relacionados con la mejora de la calidad de vida del paciente.

- Modos de administración de la metadona y la práctica del “Take-home”

La forma de presentación más frecuente de la metadona es el jarabe, aunque en algunos, los menos, se suministra en forma de comprimidos. Parece preferible la presentación en forma de jarabe por cuanto asegura mejor que el paciente realmente se tome su dosis.

La concesión de dosis de metadona para llevar a casa ha sido considerada habitualmente como un premio a la buena evolución del paciente en el tratamiento y un indicador de éxito en el mismo (Ball, 1991). En la mayoría de los centros que existe el “take-home” se da como privilegio. Los criterios más importantes para la concesión de “take-home” de privilegio son: cumplir el objetivo terapéutico, orinas negativas a opiáceos y mejora sociolaboral. También se conceden dosis para llevar a casa porque el centro está cerrado o porque los pacientes tienen alguna enfermedad grave o porque el centro es de difícil acceso. Un aspecto a señalar es el papel de soporte y control que juegan los familiares o personas responsables del paciente, especialmente cuando las dosis de “take.home” no son de privilegio. Una proporción importante de los centros entregan el 100% de las dosis “take-home” a un familiar.

Algunas definiciones claves que diferencian la función de los centros en: Centro de Indicación (CI), Centro de Prescripción (CP), Centro Dispensador (CD) o Centro prescriptor y dispensador (CPD).

Indicación: valoración del estado de salud de un paciente y decisión de la adecuación de Tratamiento con Metadona.

Prescripción: Asignación de una pauta concreta de administración del Tratamiento con Metadona indicado (dosis inicial y modificación de dosis de Metadona, inicio, seguimiento y finalización del tratamiento, etc.).

Dispensación: Provisión, administración de la Metadona.

- Incidencia del consumo de derivados de cocaína en pacientes incluidos en PMM.

Se ha realizado un estudio del consumo de cocaína²¹ y sus diferentes formas de presentación, sobre 759 pacientes (589 hombres y 140 mujeres) que están incluidos en el Programa de Mantenimiento con Metadona de los centros de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel. Del grupo de pacientes se ha comprobado que consumen cocaína 333 (45,7% del total), se eligió un subconjunto de 105 pacientes en base a su historia toxicológica, a los cuales se les recogió, entre otros, datos relativos al tipo de droga de consumo, modo de consumo, obtención, efectos fisiopatológicos y psicológicos, adicción y peligrosidad. Se ha comprobado como existe un progresivo aumento en la frecuencia y cantidades de clorhidrato de cocaína y derivados, consumida por este tipo de pacientes en los últimos años, observando porcentajes similares de consumo entre las mujeres (43,6%) y los hombres (46,2%). Se puede destacar que la mayoría (70%), de los encuestados manifiestan un mayor consumo de estas sustancias en la actualidad, de los cuales un 90% indican consumo de “crack”. En cuanto a los efectos predominantes producidos por el consumo de cocaína base, se encuentran, pérdida de apetito (88,5%), pérdida de peso (84,5%), taquicardias (84,5%), pupilas dilatadas (76,28%), cambios de ánimo (84,5%), pérdida de memoria (59,7%), falta de concentración (78,3%), irritabilidad (71,13%) y arrebatos (56,7%).

²¹ Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel y Facultad de Farmacia de la Universidad de La Laguna.

7.2.2.2. Naltrexona

- Programas de deshabituación con naltrexona

Aunque, tradicionalmente, el tratamiento de la adicción de opiáceos se ha considerado poco esperanzador, el uso de medidas terapéuticas es imprescindible. La controversia sobre la posible eficacia de los tratamientos para las adicciones no puede sostenerse en la actualidad. Las diferentes concepciones teóricas han conducido al desarrollo de distintas modalidades terapéuticas que han mejorado la visión pesimista del problema.

Los adictos que completan un programa terapéutico presentan mejor evolución a nivel laboral, familiar, legal y en consumo de sustancias que aquellos que no lo finalizan. Además, el tratamiento reduce significativamente el elevado riesgo de mortalidad de los adictos a heroína.²² En estudios llevados a cabo en población general se ha señalado una mortalidad del 2% al año para adictos de opiáceos²³ y en adictos en tratamiento se obtiene una tasa de mortalidad anual de 13,5 por 1000.²⁴ Las muertes producidas se deben principalmente a sobredosis, suicidios, enfermedades médicas y violencia. A pesar de ello, estos trastornos deben considerarse como enfermedades crónicas de mal pronóstico, donde las recaídas son un rasgo central del cuadro.

La evolución favorable del adicto depende de la permanencia o retención en el tratamiento, que es el criterio de valoración de los programas terapéuticos más ampliamente aceptado.

Los programas de mantenimiento con metadona iniciaron la aproximación al problema desde el modelo médico de enfermedad. Estos programas se

²² GRÖNBLADH, L; Öhlund LS, Gunne LM. "Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment" Acta Psychiar Scand 1990; 82: 223-227.

²³ VAILLANT, GE "Outcome research in narcotic addiction-problems an perspectives" Am J Drug Alcohol Abuse 1974; 1: 25-26.

²⁴ SÁNCHEZ-Carbonell, J., Brigos B, Camí, J. "Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST). Med Clin (Barc.) 1989, 92: 135-139.

desarrollaron inicialmente basados en el denominado modelo metabólico, por el cual la dependencia de heroína se debería a una anormalidad en el sistema opioide endógeno y la metadona corregiría dicha alteración. Los programas de mantenimiento con naltrexona (PMN) siguen este modelo. Este tratamiento pretende conseguir la abstinencia de opiáceos y sitúa al adicto en unas condiciones idóneas para que se puedan modificar las consecuencias adversas a nivel social y familiar que la adicción ha causado. De cualquier forma, las distintas modalidades terapéuticas no pueden considerarse mutuamente excluyentes. Las técnicas psicoterapéuticas desarrolladas deben utilizarse de forma complementaria con los tratamientos con antagonistas opioides. Tampoco los programas de metadona pueden considerarse antagónicos. Hay que tener en cuenta que las actitudes y expectativas del médico con un determinado tratamiento puede no corresponderse con las del paciente y para evitar una evolución desfavorable hay que considerar siempre dichas actitudes de los adictos. Ya que es posible que haya que derivarlos a una comunidad terapéutica o cualquier otro tipo de programa

- Desarrollo histórico de los programas de mantenimiento con naltrexona

Los primeros informes sobre antagonistas opiáceos aparecieron en 1915. Pohl demostró que el pretratamiento con N-alilnorcodeína prevenía la depresión respiratoria de la morfina o la heroína. En 1942, tras la síntesis de la nalorfina, se observó que esta bloqueaba algunos efectos de la morfina y se usó con fines clínicos en las sobredosis de opiáceos y en la detección de la dependencia, aunque sus propiedades agonistas eran responsables de cierta disforia y de dependencia física y se describió un síndrome de abstinencia suave.²⁵ La posible utilidad de los antagonistas para el tratamiento de la dependencia se sugirió en 1965.

²⁵ ARIAS Horcajadas, F. y Ochoa Mangado, E. “Programas de deshabituación con Naltrexona” Rev. “Adicciones” Vol. X. Nº 6. 1998

La naloxona fue sintetizada en 1960. Esta sustancia es un antagonista prácticamente puro y no produce dependencia física, pero la baja potencia y la corta duración de sus efectos son serios inconvenientes para su uso clínico.

La naltrexona se sintetizó en 1963 por Blumberg y Dayton, cumpliendo los requisitos de un antagonista potente y activo por vía oral.

Existen unos factores y situaciones asociados al uso de drogas que pueden producir síntomas de abstinencia a pesar de llevar largo tiempo abstinente, estos factores desencadenan el “craving” y pueden conducir a la recaída. Si el individuo toma antagonistas opiáceos no experimenta el “high” en respuesta al uso de opiáceos y, con la falta de refuerzo repetida, se conduce a la extinción de la conducta de búsqueda de droga. Además, la naltrexona impide la recaída debido al síndrome de abstinencia condicionado. Así, la naltrexona bloquea los efectos de los opiáceos, extingue el síndrome de abstinencia condicionado en respuesta a los estímulos asociados con el uso de drogas y la conducta de búsqueda por bloquear la euforia y el refuerzo producido por la autoadministración de opiáceos. El uso clínico de naltrexona fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en 1984. En España se utilizan los antagonistas de forma controlada desde 1986 y la naltrexona fue comercializada en 1989.

- Propiedades farmacodinámicas

Unos 50 mg de naltrexona bloquean los efectos de 25 mg de heroína intravenosa durante 24 horas y 125-200 mg los bloquean durante 72 horas. No existe tolerancia a sus propiedades antagonistas a largo plazo, presenta poco potencial de abuso y no aparecen síntomas de abstinencia al discontinuar el tratamiento.

- Efectos secundarios

Con el uso de naltrexona en adictos se han descrito escasos efectos secundarios y limitados a la fase de inducción. La mayoría de las quejas

disminuyen en las primeras semanas, incluso a una dosis de 80 mg diarios. Los efectos adversos son más frecuentes en los adictos procedentes de programas de metadona, por lo que la mayoría de los efectos referidos pueden ser síntomas de abstinencia atribuidos a la metadona, incluidos aquellos por precipitación de la abstinencia por el antagonista.

En cuanto a la capacidad de retención de los programas de naltrexona, nos encontramos con grandes diferencias entre su administración a usuarios de forma indiscriminada y su administración a usuarios seleccionados y especialmente motivados. Como resultados del primer caso tenemos una media de abandonos en los tres primeros meses entre el 42 y el 60%, permaneciendo más de 6 meses entre un 12 y un 17%; por lo tanto baja retención. En cambio con pacientes seleccionados los resultados son más favorables. “Así, en profesionales de la salud se obtiene una retención entre el 53% a los 6 meses y el 74% al año, y en ejecutivos se refiere una retención de un 61% a los 6 meses, a los que hay que añadir un 20% de abandonos que se encontraban abstinentes, persistiendo un 64% abstinentes a los 18 meses.” (F. Arias y E. Ochoa, 1998).

- Retención en un programa de naltrexona y transformación de las áreas afectadas por la adicción.

La problemática del adicto a opiáceos es multidimensional. Si el objetivo del tratamiento se limita al consumo de drogas, la evolución favorable de este consumo puede no conducir necesariamente a una mejoría en otras áreas de funcionamiento psicosocial. De forma inversa, pueden mejorar otras áreas distintas de la abstinencia sin que esta se haya conseguido completamente.

De cualquier forma, la permanencia en el tratamiento de la adicción se relaciona con la abstinencia y esta se asocia estrechamente con la mejoría a nivel social, legal, médico y en el consumo de otras sustancias, revirtiéndose estos cambios con la recaída en el consumo. Durante el bloqueo opioide, los adictos experimentan una disminución del impulso para consumir y de las

conductas de búsqueda que posibilitan el desarrollo de un estilo de vida con normalización de las actividades familiares, sociales, recreativas y vocacionales.

- Evolución del consumo de cocaína.

El consumo de cocaína durante los programas de tratamiento con naltrexona tiende a disminuir conjuntamente con la heroína. Al comparar distintos tipos de tratamientos, existen más orinas positivas para la cocaína en los programas de metadona que en los de naltrexona o los libres de drogas. La abstinencia de cocaína parece ir relacionada con la abstinencia de opiáceos.

La naloxona y naltrexona son eficaces en disminuir la autoadministración de cocaína en animales de experimentación, posiblemente por atenuar los efectos de la cocaína en los procesos de refuerzo mediados por el sistema opioide y dopaminérgico.

- Evolución del consumo de alcohol

Uno de los principales problemas del uso de antagonistas opiáceos parece ser el incremento del consumo de alcohol durante el tratamiento. En una revisión se refiere que el consumo de alcohol desciende durante la adicción de heroína y, en algunos sujetos, podría sustituir a la heroína para obtener efectos euforizantes. En la mayoría de los adictos de una muestra, el uso de alcohol precedía al consumo de otras drogas, se intensificó al inicio de otros consumos, disminuyó con el consumo de heroína y se incrementó después del tratamiento con metadona, al buscar su capacidad euforizante.

Cuando los adictos comienzan un tratamiento es habitual el incremento del uso de alcohol, tanto en programas de mantenimiento con metadona, como con naltrexona, aunque puede observarse un descenso en comunidades terapéuticas y programas libres de drogas.

- Plan del tratamiento

El tratamiento elegido va a contribuir al éxito de este. La dosis adecuada de naltrexona va a ser importante para el éxito del tratamiento, ya que cuando los adictos bajo tratamiento con naltrexona observan efectos agradables con el consumo de heroína la evolución es peor. Desde los primeros estudios realizados se señaló que podía administrarse a dosis de 125-150 mg por toma en un régimen de lunes-miércoles-viernes. Al comparar tres regímenes diferentes de administración de 350 mg de naltrexona semanales, en 2, 3 y 5 veces por semana, se observaron escasas diferencias entre ellos, aunque existía una menor frecuencia de efectos secundarios en el régimen de tres tomas semanales.

Los pacientes pueden recibir 50 mg diarios o 150 mg los lunes y 200 mg los jueves, pero la mayoría de los programas han utilizado el régimen de 100 mg los lunes, 100 mg los miércoles y 150 mg los viernes.

- Inducción

La fase de inducción dura unas dos semanas, incluye el cuadro de abstinencia y el incremento gradual de la dosis de naltrexona. Previamente a la introducción de la naltrexona se realiza la desintoxicación, aconsejándose de 5 a 14 días de abstinencia dependiendo del nivel de consumo del adicto.

La desintoxicación es preferible realizarla con el uso de agonistas alfa-2-adrenérgicos y hay que evitar los agonistas opiáceos. Posteriormente se realiza una prueba con 0,8 a 1,2 mg de naloxona subcutánea o intravenosa y si es negativa, es decir, no aparecen síntomas de abstinencia, se puede administrar la naltrexona, mientras que si es positiva hay que postergar 24 horas la primera toma de naltrexona. Si la prueba de naltrexona es negativa puede administrarse 25 mg de naltrexona una hora después y 50 mg al día siguiente.

La inducción es la fase del tratamiento más problemática por el gran número de abandonos. El régimen hospitalario no parece ofrecer mejores resultados. Los pacientes procedentes de programas de metadona son los que tienen más abandonos, debido al síndrome de abstinencia prolongado y a requerir un período de abstinencia previo a la toma de naltrexona más extenso, durante el cual pueden recaer.

- Estabilización

La fase de estabilización comprende el primer mes tras la inducción, donde se selecciona la pauta de tratamiento. En este mes persisten los altos porcentajes de abandonos debido, entre otros factores, al síndrome de abstinencia prolongado y a la presencia del “craving”. Tras esta fase el “craving” suele disminuir de forma significativa en la mayoría de los adictos. Las medidas psicoterapéuticas complementarias deben dirigirse a favorecer la permanencia en el tratamiento durante esta fase. La implicación familiar va a ser esencial.

- Mantenimiento

Esta fase, en general, no ha de ser inferior a seis meses y se debe complementar con otras medidas psicoterapéuticas y un programa de rehabilitación psicosocial. Las visitas al centro pueden ir espaciándose progresivamente. En este periodo se debe producir un cambio en el estilo de vida respecto al empleo, los amigos y la familia. Esta fase incluye también el seguimiento tras la supresión de la toma de naltrexona, durante el cuál la familia debe implicarse en la monitorización de los cambios que puedan aparecer en el adicto y restaurando la toma de naltrexona en caso de surgir orinas positivas.

- Duración del tratamiento

La duración del tratamiento con naltrexona es variable y debe de ajustarse individualmente, desde pocos meses para los que llevando bastante tiempo

abstinentes sufren una recaída breve hasta años en individuos con frecuentes recaídas y fácil accesibilidad a los opiáceos.

En general, se recomienda un mínimo de seis meses, pues se observa que así la evolución posterior es más favorable y se requiere este período para que se produzcan los cambios psicosociales necesarios para el mantenimiento de la abstinencia.

- Indicaciones

Se ha señalado que el uso de naltrexona es especialmente útil en pacientes altamente motivados. Los resultados más favorables han sido en profesionales de la salud y ejecutivos. En grupos de pacientes no seleccionados se han obtenido mejores resultados en los procedentes de la cárcel o de comunidades terapéuticas ya abstinentes que en los adictos activos que no proceden de un programa terapéutico o provenientes de metadona. Los malos resultados en los sujetos procedentes de programas de metadona, con elevados abandonos fundamentalmente al inicio, se atribuyen a problemas en la desintoxicación, obteniendo mejores resultados con aquellos procedentes de programas con dosis de metadona bajas que con dosis altas.

7.2.2.3. Buprenorfina

Tratamientos de sustitución con buprenorfina

- Aproximación histórica

La buprenorfina es un agonista parcial de los opiáceos, comercializado en Francia, para el suministro de los toxicómanos, con el nombre de Subutex, en febrero de 1996. En este país, es el medicamento más aceptado en los tratamientos de sustitución de la heroína.

Según investigaciones de la Comisión Nacional sobre Tratamientos de Sustitución de la Association National des Intervenants en Toxicomanie

(ANIT), los primeros artículos que hacen referencia al interés de la buprenorfina, en el tratamiento de las dependencias a los opiáceos, se remontan a principios de los años ochenta, destacando el artículo de Nancy K. Mello²⁶. Se aseguraban, entonces, cualidades a la buprenorfina que ensayos posteriores negaron, como por ejemplo: “La buprenorfina es mucho más segura que la metadona en dos puntos: no crea una dependencia física significativa y el riesgo de sobredosis está descartado por sus propiedades antagonistas de los opiáceos”. Esta afirmación en dos vías diferentes, fue desmentida por ensayos posteriores. Este mismo equipo de la Universidad de Harvard (Massachusetts-USA) realizó un nuevo informe con afirmaciones menos atrevidas “Puesto que la adicción a la heroína es un complejo trastorno del comportamiento que se produce debido a múltiples causas, es bastante lógico prever que la buprenorfina y las farmacoterapias que surjan a continuación, lograrán atenuar el consumo de la droga, pero nunca suprimirlo”. (1984)

El interés y la viabilidad de los tratamientos de sustitución a través de la buprenorfina fueron posteriormente confirmados por otros investigadores norteamericanos. Citaremos a Thomas R. Kosten,²⁷ Richard B. Resnik²⁸ (el autor sugiere que el tratamiento con buprenorfina será mejor aceptado que el realizado con metadona, ya que algunos toxicómanos consideran que esta última es “simplemente otra droga” y se niegan a entrar en sus programas de sustitución”). Y, entre los más recientes, a Walter Ling,²⁹ cuyo estudio concluye con la necesidad de instaurar una dosis adecuada para que la buprenorfina sea un complemento útil de la farmacoterapia; y a Mary Jane

²⁶ MELLO, Nancy K. Et al “Análisis sobre los efectos de la buprenorfina en los heroinómanos” The Journal of Pharmacology and Experimental Therapies, vol. 233 n°1, p.30-39. 1982.

²⁷ KOSTEN, Thomas R. and colaboradores “Síntomas Depresivos de los Adictos a los Opiáceos durante el Tratamiento de Sustitución a base de Buprenorfina” Journal of Substance Abuse Treatment, vol.7, pp. 51-54. 1990

²⁸ RESNICK, R.B. and colaboradores “Buprenorfina: un tratamiento alternativo a la metadona para los heroinómanos” Psychopharmacology Bulletin, Vol.28. n°1, pp.109-113. 1992

²⁹ LING, W & colaboradores “Mantenimiento de la buprenorfina en el tratamiento de los pacientes adictos a los opiáceos: un ensayo clínico multicéntrico y aleatorio” Adicciones, Vol.233 n°1, pp.475-486. 1998.

Kreek³⁰ (la gran especialista americana en metadona) que, con relación a las futuras perspectivas que existen en el tratamiento de la adicción a los opiáceos, asegura que “la metadona, el LAAM y la buprenorfina son tres agonistas que permiten la normalización fisiológica y conductual”.

En Europa, parece que el primer artículo preconizando la buprenorfina en el tratamiento de las dependencias a la heroína fue publicado por el médico belga Marc Reisinger (1985). Esta línea de investigación fue seguida por otros facultativos de su país (Binot, Jacques y Vnderveken, citados por O. Lex)³¹ que en 1989 publicaron: “bajo una forma galénica que excluya todo riesgo de ser inyectada, esta molécula podría utilizarse en Bélgica como un producto de sustitución, teniendo en cuenta la ausencia de efectos euforizantes en aquellos individuos habituados a consumir opiáceos y la reversibilidad del tratamiento.”

En Francia, aunque aproximadamente en la misma época comenzó a prescribirse Temgesic a los toxicómanos, para sustituir a los opiáceos, fue fundamentalmente a principios de los años noventa cuando su utilización se convirtió en fuente de polémicas. Esta medicación se encontró en el centro de dos problemas que originaron intensos debates, tanto a nivel profesional como a nivel político: por una parte, la forma en que había sido llevada la lucha contra la epidemia del Sida y, por otra, el hecho de que en el país hubiera una oposición casi generalizada al empleo de tratamientos de sustitución. (Coppel A. 1996; Morel A. 1998)

En este contexto marcado por las controversias ideológicas, varios autores franceses publicaron trabajos clínicos sobre el uso de la buprenorfina. Entre ellos, Auriacombe & colaboradores (1994)³²

³⁰ KREEK, MJ “Estados Unidos y Europa: perspectivas para el futuro tratamiento de las adicciones a los opiáceos (...)” Lyon Méditerranée Médical –Medicine du Sud-Est, Tomo XXXIV nº1. 1998.

³¹ LEX, O. “Estudio de los tratamientos a base de medicamentos para los heroinómanos” Cahiers de la Dépendence, 15, p. 33-51, Bélgica. 1991.

³² AURIACOMBE, M. & colaboradores (1994) “Tratamiento de sustitución a base de metadona y buprenorfina para las adicciones a la heroína” Coloquio Toxicomanías, Saint-Tropez, 1993.

- La buprenorfina como ayuda para dejar de consumir opiáceos

Entre los artículos publicados sobre el tema, destacamos el realizado por Bickel & colegas,³³ quienes afirman que la buprenorfina, agonista morfinico parcial, “posee una actividad agonista suficiente para ser tan eficaz como la metadona en la desintoxicación de pacientes heroínómanos, sin llegar a ser superior a ésta: el porcentaje de individuos que terminan la cura es bastante parecido y el consumo de drogas ilegales equivalente en los dos grupos”. Los autores puntualizan que, en general, los resultados de este estudio han sido negativos para los dos grupos, y que la buprenorfina sería posiblemente más eficaz tras un periodo sin consumir droga, al producirse los primeros síntomas del síndrome de abstinencia.

Sin embargo, otros estudios demostraron que dejar de tomar buprenorfina provocaba un síndrome “generalmente poco intenso”, menos fuerte que el de la heroína y el de la metadona.

Por otra parte, si bien se señala que la buprenorfina es más eficaz cuando se toma a diario y que su abandono debe ser progresivo, también se observa que la necesidad de tomar opioides es mucho más intensa para los pacientes que han tomado buprenorfina a diario, que para los que sólo lo habían hecho cada dos días. (Fudala P.J., 1990). Entonces, parece improbable que genere un síndrome de abstinencia suave, cuando produce una fuerte adicción.

Debemos precisar que, según la “Comisión sobre la Sustitución” de I’ANIT (Asociación Francesa de Profesionales de las Toxicomanías), hay que mirar con prudencia estos estudios, ya que se basan en grupos muy pequeños y en periodos de tiempo relativamente cortos. Por otra parte, han eliminado casi siempre los casos más problemáticos (casos psiquiátricos, enfermos) y a menudo han elegido a los pacientes más motivados de cara a una

Auricombe M. (1996) “Por qué razón la buprenorfina es una molécula original en el tratamiento de la farmacodependencia a los opiáceos” Coloquio Toxicomanías, Cannes, 1995.

³³ BICKEL & colaboradores “Un ensayo clínico con buprenorfina: comparación con la metadona en la desintoxicación de heroínómanos” Clin. Pharmacol. Therap. 43, p. 72-78. 1988.

desintoxicación. Las dosis de buprenorfina mencionadas son además más bajas (2 a 8 mg) de lo habitual (11/12 mg).

- Buprenorfina y cocaína

En EEUU se está trabajando para ver de qué manera se puede utilizar la buprenorfina para ayudar a los cocainómanos a abandonar su adicción. Ya se está experimentando con humanos (Disulfiram junto a Buprenorfina).

Algunos ensayos clínicos parecen apuntar que la buprenorfina no actúa sobre los efectos cardio-vasculares y la fiebre que siguen a una única toma de 30 mg de cocaína. Los autores manifiestan que los resultados podrían ser diferentes en caso de consumirse la cocaína de forma crónica, pero no concluyen que la buprenorfina pueda ser utilizada para las poli-toxicomanías (un número muy elevado de heroínómanos y pacientes en tratamiento con metadona, consumen cocaína de forma habitual como segunda droga, a parte de sustancias psicotrópicas, alcohol y cánnabis).

- Buprenorfina y riesgos de sobredosis

La existencia de un “efecto techo” ligado a la doble acción agonista y antagonista de la buprenorfina ha sido mantenida por la mayoría de los autores para explicar una minimización de los riesgos de depresión respiratoria que podría resultar mortal, a diferencia de los agonistas puros (heroína, morfina, metadona...) Es cierto que ningún caso de sobredosis mortal había sido publicado en Francia antes de 1996, fecha en que se comercializa su presentación de dosis elevada. Esta aparente seguridad ha sido, por otra parte, uno de los argumentos más esgrimidos por los poderes públicos para justificar su decisión (en 1995) de facilitar al máximo la prescripción de buprenorfina como medicamento de sustitución.

En un artículo de A. Tracqui, del Instituto de Medicina Legal de Estrasburgo,³⁴ se demuestra que la realidad no es tan simple y viene a confirmar los recelos de los clínicos³⁵ ante los riesgos ligados a su inyección y a su asociación con las benzodiacepinas.

Tracqui y los demás miembros de su equipo estudiaron una serie de 29 casos de intoxicaciones agudas, después de haber ingerido altas dosis de buprenorfina, y otra serie de 20 casos mortales registrados en el Instituto Legal de Estrasburgo. Por una parte, constataron que los veinte individuos fallecidos habían presentado en la autopsia un síndrome de asfixia idéntico al que se encuentra en todas las sobredosis ocasionadas por cualquier depresor del sistema nervioso central. Por otra, pusieron de manifiesto los dos factores de riesgo de este tipo de intoxicaciones:

En primer lugar, **las asociaciones**: sólo en uno de los veinte casos mortales no pudo encontrarse ningún tipo de asociación. En el resto, se observaron asociaciones, principalmente con ciertas benzodiacepinas, sobre todo Tranxéne y Rohypnol) y con alcohol. “Estos resultados sugieren la existencia de un potencialización de los efectos depresores centrales de la buprenorfina por ciertas benzodiacepinas” comentan. Efectos que también se encuentran en otros opiáceos como la metadona.

El segundo factor de riesgo sería la **inyección intravenosa**. “Este uso incorrecto está perfectamente documentado en la clínica, ya que provoca una serie de complicaciones locoregionales específicas (nódulos inflamatorios, abscesos, necrosis cutáneas...) Por vía intravenosa se han observado depresiones respiratorias (que obligan a la respiración asistida) (...) un solo comprimido de 8 mg aplastado en una cuchara e inyectado proporciona una dosis de buprenorfina de 10 a 50 veces superior...”.

³⁴ TRACQUI & colaboradores “Intoxicaciones agudas debidas al tratamiento sustitutivo a base de elevadas dosis de buprenorfina, 29 observaciones – 20 casos mortales” Presse Med., 27 p. 557-561. 1998.

³⁵ HUTEFEUILLE, M. “El temgésic: nuevo producto, vieja ilusión” en “Opciones Terapéuticas, Opciones Políticas: sufrimiento individual y miedos sociales” actos celebrados en XII Jornadas Nacionales de l’AINIT, Interventions, n°30-31, p. 27-29. 1991.

Como conclusión a su estudio, los autores proponen una revisión que lleve a restringir el cuadro legal de las prescripciones y la distribución de buprenorfina, con el fin de proporcionar una mayor seguridad a estos tratamientos.

Según la I'ANIT, desgraciadamente las llamadas de atención realizadas por la prensa (más que por los estudiosos del tema) sólo han hecho referencia a la buprenorfina, y no al mal uso que se hace de ella cuando se toma acompañada de otras drogas. Se podrían haber obtenido unas conclusiones todavía peores en relación con las citadas benzodiacepinas (fundamentalmente el Tranxéne y Rohypnol) y con las peligrosas prácticas de su prescripción en Francia. Por otra parte, hubiese sido sin duda positivo poner en un lado de la balanza los 20 casos mortales y en el otro, las 50.000 personas que se benefician actualmente de la buprenorfina. No obstante, este es de los primeros estudios que muestran claramente los riesgos vitales del abuso de una molécula que se consideraba hasta hace muy poco tiempo de "alta seguridad".

- Buprenorfina y toxicidad hepática

No se encuentra referencia bibliográfica sobre este tema, lo que según la I'ANIT ya implica que se muestra una gran ligereza al no tratar el problema con la importancia que tiene.

El prospecto del Subutex contraindica su tratamiento en caso de severa insuficiencia hepática y precisa que este medicamento es susceptible de modificar el metabolismo hepático. Esta noción de hepato-toxicidad se basa en las descripciones realizadas en farmacovigilancia sobre las modificaciones del equilibrio biológico por el aumento de enzimas hepáticas.

Según el centro de farmacovigilancia con el que hemos contactado, estos problemas biológicos pueden atribuirse a otras causas de hepatólisis (virus, alcohol) y el tratamiento nunca se ha interrumpido por ello: en unos casos se mantiene la misma dosis y en otros se reduce a la mitad. La evolución ha sido siempre favorable, volviendo a normalizarse el equilibrio biológico.

Resultaría necesario realizar una farmacovigilancia activa hacia ese medicamento que tanto se prescribe a unos individuos jóvenes, cuyos antecedentes presuponen daños hepáticos mucho mayores que los habituales en la gente de su edad; por esto, como ya se ha dicho, es un tema que no debería tratarse con tanta ligereza.

- Buprenorfina y dependencia

Como ha ocurrido en todas las ocasiones en que se ha descubierto un nuevo derivado opiáceo (la codeína, la heroína...), el potencial de inducción a una dependencia física a través de la buprenorfina fue inicialmente minimizado e incluso negado: “La buprenorfina no induce a una dependencia física significativa”, escribió Nancy K. Mello en 1982. Sin embargo, las observaciones realizadas en distintos países pronto comenzaron a desmentir esta afirmación. En 1983, se produjeron varios casos de abuso y adicción a la buprenorfina en Nueva Zelanda y Alemania. Poco tiempo después, en Australia, Escocia e Irlanda y, posteriormente, en España.³⁶ El mismo fenómeno pudo observarse en Francia a finales de los años ochenta. En 1989, en su informe n°XXV, el grupo de expertos en toxicomanías de la OMS, recomendó inscribir la buprenorfina en la clase III de las sustancias psicotrópicas. Todo ello obligó a reconsiderar la capacidad de la molécula para estimular el abuso y provocar dependencia física.

En 1992, Resnick destacó el hecho de que todos los estudios que habían hablado de la baja intensidad del síndrome de abstinencia tras varias

semanas de administración de altas dosis de buprenorfina (Jasinski, 1992; Fudala, 1990; Mello, 1990), habían sido hechos con pacientes internos; es decir, sin tener que funcionar en la vida real. La investigación de Resnick se basó en 85 pacientes en sistema ambulatorio (externos), y mostraba como la disminución progresiva de las dosis de buprenorfina provocaba un síndrome de abstinencia cuyo principal síntoma, según relataban los propios individuos y al que culpaban de sus recaídas, era la pérdida de energía. “Era un problema, fundamentalmente para las personas que trabajaban. La pérdida de energía es un síntoma que con frecuencia puede ser ignorado por las personas ingresadas en un centro hospitalario” – relata. Pero los síntomas producidos por la abstinencia no se limitan a la pérdida de energía, ya que, siguiendo el mismo estudio, cuando se disminuyen las dosis de buprenorfina se producen, por orden de frecuencia, estados intensos de impaciencia (agitación, insomnio, anorexia, dolores musculares, diarrea, lágrimas y bostezos).

- Buprenorfina y embarazo

Todavía no hay nada establecido sobre los riesgos específicos y numerosas mujeres han continuado tomando Subutex durante el embarazo y el parto, sin que hayamos tenido conocimiento de ningún problema. Es otro campo en el que se hace necesario salir de la ambigüedad, aunque sólo sea por la responsabilidad que deben asumir todos aquellos que prescriben esta medicación.

El único artículo localizado que habla del tema es el de Reisinger,³⁷ difundido en una tirada reducida y distribuido por el laboratorio Reckitt& Colman. El estudio concluye afirmando que la buprenorfina es muy segura durante el embarazo. Sólo pudo observarse un caso de agitación entre los

³⁶ SAN, L. & colaboradores “Valoración y manejo del síndrome de abstinencia en los individuos adictos a la buprenorfina” British Journal of Addiction, 87, p. 55-62. Este artículo surge de la sección de Toxicomanías del Hospital del Mar en Barcelona, 1992.

³⁷ REISINGER, M. “Uso de la buprenorfina durante el embarazo” Research and Clinical Forum, vol.19, nº2, pp.43-45. 1997.

recién nacidos, trece días después del nacimiento, lo que podría estar relacionado con un síndrome de abstinencia. El autor llega a sugerir que las mujeres embarazadas que tomen metadona, cambien esta droga por buprenorfina, con el fin de reducir el riesgo de que los recién nacidos padezcan el síndrome de abstinencia.

Pero este estudio sólo se basa en cuatro casos (...) Y fue presentado a raíz de un seminario organizado en Gran Bretaña por el laboratorio Reckitt & Colman, que es el que detenta los derechos de la molécula en este país, y cuyo deseo es alcanzar el mismo desarrollo que poseen en Francia los laboratorios Schering Plough (...).

7.3. Servicios de bajo umbral

Actualmente existen en todos los Estados miembros de la UE servicios de umbral bajo, pero difieren en cuanto a la disponibilidad y el tipo de servicios. Por lo general, prestan ayuda individual, atención médica, psicológica y social principalmente a consumidores muy desfavorecidos, sobre todo a consumidores de más edad con un largo historial de drogodependencias. En todos los países se producen intercambios de agujas y jeringuillas, aunque en diversos grados. En algunos países, las farmacias proporcionan agujas gratuitas o baratas. Un servicio polémico disponible en algunos Estados miembros es la oferta de espacios donde inyectarse.

Hay que señalar que los programas de metadona de bajo umbral son los más eficaces en esta dirección, siendo su estrategia fundamental prevenir el riesgo de contraer y transmitir el SIDA entre pacientes dependientes de heroína por vía parenteral. Su éxito está en función de su tasa de retención y la mayoría suelen mostrar tasas altas a los 21 meses de tratamiento, en torno al 70%, con dosis superiores a 80 mg diarios. El 50% de los abandonos suelen producirse en los 3 primeros meses de tratamiento, cuando los pacientes toman dosis muy bajas de metadona.

7.3.1. Prescripción controlada de heroína

El Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes (PEPS) es una experiencia de tratamiento con toxicómanos, en el contexto de la política federal suiza de Reducción del Daño de los problemas relacionados con el abuso y la dependencia de drogas, que incluye en su oferta terapéutica la prescripción de diacetilmorfina (heroína) bajo control médico.

Está dirigido a toxicómanos que han fracasado en los programas asistenciales clásicos y que se van hundiendo en la marginación. Se trata de atraerlos al Sistema Público de Salud e integrarlos en un proceso de cambio que mejore su calidad de vida.

Hasta 1986, la política oficial suiza de asistencia al drogodependiente, se basaba en la abstinencia. En Ginebra, la metadona era prescrita por los médicos privados con autorización oficial, desde finales de los años 70. En 1991 aparecieron nuevos servicios, como el “Bus-prevención-SIDA” y los programas públicos de metadona³⁸. Siendo, en 1995 cuando comienza la prescripción experimental de heroína.

Las políticas terapéuticas de reducción del daño de Ginebra, a finales de los años 90 (de las que la prescripción de heroína constituye un aspecto minoritario e indisoluble de las demás), aportaron los primeros resultados positivos y las pruebas de su eficacia y viabilidad. Pero, se registra, sin embargo, una población de toxicómanos gravemente afectada, que escapa a los programas asistenciales clásicos. Para esta población va destinado el programa PEPS de Ginebra, que acoge a sus primeros pacientes en septiembre de 1995 (los primeros programas experimentales suizos habían comenzado en enero de 1994).

En la actualidad, el PEPS está constituido por un programa de heroína inyectada y otro programa de heroína oral, destinado a pacientes fumadores

(de heroína) y a todo aquel inyector cuya degradación de la vía venosa o muscular haga imposible la utilización de estas vías.

En septiembre de 1999, el PEPS contaba con 42 pacientes; sólo 12 (28%) tomaban únicamente heroína. El resto tomaba un tratamiento de opiáceos combinado: 18 (44%) lo hacían con metadona y el 28% restante, otros 12 pacientes, lo combinaban con morfina. La dosis media de opiáceos equivalía a 500 mg de heroína (900 mg/día, la dosis máxima y 10 mg/día, la dosis mínima (Marset, M. 1999).

El perfil psicosocial de los pacientes era:

- La mayoría varones.
- Edad media: 35 años.
- Duración media de la toxicomanía intravenosa: 16 años.
- Han fracasado en una media de 3 tratamientos de desintoxicación y 4 de mantenimiento con metadona.
- Los problemas sociales, al inicio del tratamiento, son muy importantes:
1. La mayoría no tiene ni trabajo ni vivienda. **2.** Su salud física y psíquica es muy precaria. **3.** El 28% son seropositivos al VIH (10% media de Ginebra). **4.** El 73% padecen la hepatitis C (44% media de Ginebra). **5.** El 69% tienen trastornos graves de personalidad, sólo 8 pacientes (20%) no tienen problemas psiquiátricos.

Los resultados que reporta el PEPS, después de cuatro años de tratamiento, parecen satisfactorios (aunque la evaluación del proyecto no ha finalizado). La retención en el programa es del 74%, provocando una retención en la red asistencial, pública o privada, del 98%. Desde el inicio del programa 55 pacientes fueron tratados en el PEPS, reportando que todos han

³⁸ En Septiembre de 1991, El Consejo de Estado de Ginebra aprueba la Reducción de Riesgos como base de su política sobre drogodependencias. Ratificada en Junio de 1995.

experimentado una mejoría significativa del estado general y de la calidad de vida. El consumo de cocaína descende, así como el de heroína ilegal y el consumo no médico de benzodicepinas. Registrando también un descenso de procesos penales, las ganancias derivadas del tráfico de drogas y los actos delictivos (tenencia y consumo de drogas, robos, etc.).

Sin embargo, lo que parece funcionar bien en Suiza, encuentra resistencias en otros países europeos, como es el caso de España, donde en 1999 La Agencia del Medicamento denegaba la autorización al ensayo clínico con heroína propuesto por la Junta de Andalucía. Otras Comunidades Autónomas, como la de Cataluña, están intentando conseguir la autorización para poner en marcha el programa.

7.4. Consumidores de droga y sistema jurídico-penal

Entre el 15 y el 50% o más de los presos en la UE tienen o han tenido problemas con el consumo de drogas. Varios Estados miembros informan de que el hacinamiento en las cárceles obstaculiza a menudo el progreso hacia la atención apropiada a los consumidores de droga. El intercambio de jeringuillas existe en algunas prisiones de Alemania y España, y en el Reino Unido se ha permitido recientemente a los internos que se inyecten disponer de pastillas de esterilización. Otro problema es la falta de formación del personal penitenciario.

En todos los Estados miembros existen diversas opciones disponibles sobre alternativas a la prisión, que van del aplazamiento de la exención de la responsabilidad criminal a la libertad condicional.

Solamente los Países Bajos y Suecia informan sobre la atención obligatoria, aunque la elección de la terminología pueda ocultar el hecho de que hay más o menos atención obligatoria en la mayor parte de los Estados miembros de la UE cuando los adictos pueden o tienen que elegir entre la alternativa de encarcelamiento o tratamiento.

En un número de países cada vez mayor se ha adoptado el principio de terapia en vez de castigo en las directrices generales de las políticas relativas a la droga. Algunos Estados miembros han consolidado el apoyo social y médico a delincuentes drogodependientes que entran por primera vez en contacto con las autoridades judiciales como puerta de acceso al tratamiento y a los servicios de asesoramiento.

SITUACION EN EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL

1. Pautas de consumo históricas y actuales
2. Tendencias específicas de drogas concretas
3. La respuesta jurídica
4. Reducción de la demanda de drogas
5. Drogas sintéticas

SITUACIÓN EN EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL

Los países en cuestión son: Albania, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, República Checa, Estonia, La Antigua República Yugoslava de Macedonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumanía, la República Eslovaca y Eslovenia.

El análisis del European School-Survey Project³⁹ (ESPAD), realizado en 1995 bajo los auspicios del Grupo Pompidou del Consejo de Europa, incluía siete PECO (República Checa, Estonia, Hungría, Lituania, Polonia, República Eslovaca y Eslovenia) y facilitaba información valiosa sobre el consumo de drogas entre estudiantes de 15 y 16 años de estos países.

País	Muestra	Chicos	Chicas
R. Checa	2962	25%	18%
Estonia	3118	10%	5%
Hungría	2571	5%	4%
Lituania	3196	2%	1%
Polonia	8940	2%	5%
R. Eslovaca	2376	12%	6%
Eslovenia	3306	4%	12%

1. Pautas de consumo históricas y actuales

El consumo de drogas ilegales en los PECO no fue motivo de preocupación hasta después de los cambios políticos de principios del decenio de los noventa. Sin embargo, algunos países (Polonia, Hungría, Eslovenia y la antigua Checoslovaquia) ya habían reconocido anteriormente que el consumo de drogas ilegales era un problema, y desarrollaron estrategias apropiadas de investigación y tratamiento.

A finales del decenio de los setenta, en algunos PECO (Checoslovaquia, Polonia, Lituania, Letonia, Bulgaria y Hungría) se registró un consumo intravenoso de drogas de producción casera. En este mismo período, el abuso de fármacos en Hungría, la antigua Checoslovaquia, Polonia y, en menor medida, Bulgaria, era común. Más recientemente, también se ha convertido en un problema en Albania, Bosnia-Herzegovina y la Antigua República Yugoslava de Macedonia. Los cambios políticos acaecidos en la región a principios del decenio de los noventa han acarreado un aumento no sólo del tráfico de drogas a través de muchos PECO, sino también del uso interior de drogas importadas.

2. Tendencias específicas de drogas concretas

En el análisis del ESPAD de 1995 destacaba el cánnabis como la droga de consumo más frecuente entre adolescentes y el grupo más joven de adultos en los siete PECO participantes.

Según la misma encuesta, los disolventes son la segunda sustancia más prevalente de abuso. Desde principios del decenio de los noventa, en muchos PECO ha aumentado el consumo de heroína (Bulgaria, República Checa, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Hungría, República Eslovaca y Eslovenia). Tendencias más recientes, reflejan un cambio

³⁹ Proyecto Europeo de Encuestas Escolares

gradual a la inyección de heroína importada. El consumo de fármacos combinados con drogas ilegales se ha convertido en práctica común en los últimos años en Bulgaria, Bosnia-Herzegovina, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Hungría, República Eslovaca y Eslovenia. El nivel de consumo de cocaína sigue siendo bajo, aunque las incautaciones reflejan un aumento del tráfico en Polonia, República Checa, Hungría y Rumanía.

3. La respuesta jurídica

Los PECO se esfuerzan por adaptar su legislación al cumplimiento de las normas de la UE en materia legislativa. Todos han aprobado una nueva legislación en el ámbito de la drogodependencia (la mayoría de 1996 en adelante). La producción y el tráfico de drogas constituyen un delito penalizado en todos los países, pero no así, en general, el consumo de drogas ilegales. Todos los países, excepto Albania, han firmado los tres Convenios de la ONU sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas y el tráfico ilegal, y los han ratificado, a excepción de Estonia, que todavía no ha ratificado el Convenio de 1988.

4. Reducción de la demanda de drogas

La historia de la reducción de la demanda de drogas varía en toda la región. Se ha aplicado a lo largo de dos decenios en Polonia y solamente durante unos pocos años en Rumanía. En general, la reducción de la demanda de drogas sigue teniendo poca importancia en la mayoría de los PECO, que asigna en su mayor parte más recursos a la represión (reducción de la oferta).

Predomina el tratamiento en entornos hospitalarios, por parte de psiquiatras y otros profesionales de la salud. En la mayoría de los PECO, únicamente en las ciudades más grandes se dispone de servicios de tratamiento. En casi todos estos países, actualmente se desarrollan a un ritmo rápido tratamientos sin drogas para pacientes externos y a largo plazo para pacientes internos.

La prevención es una prioridad fundamental en casi todas las estrategias y programas nacionales, que incluyen la promoción sanitaria y educativa en las escuelas.

En los últimos años se han añadido servicios de proyección exterior y de reducción del daño a las estrategias de reducción de la demanda. La disponibilidad de programas de sustitución (mantenimiento con metadona) y de intercambio de agujas ha aumentado en toda la región. A pesar del aumento, la disposición de estas opciones de reducción del daño sigue siendo escasa, incluso en las grandes ciudades.

Las organizaciones no gubernamentales siguen siendo infrautilizadas en casi todas las regiones y mal dotadas de fondos. Las principales necesidades consisten en fortalecer la capacidad y el rendimiento, ampliar los fondos y mejorar la comunicación y la cooperación con organizaciones oficiales.

5. Drogas sintéticas

Casi todos los países registran un aumento de las incautaciones, pero los informes sobre el consumo siguen siendo en gran medida anecdóticos.

SITUACION EN ESTADOS UNIDOS

- 1. Tendencias Nacionales**
- 2. Patrones de consumo en los Estudiantes de Secundaria**
- 3. Tendencias de Tratamiento**
- 4. Costos sociales**
- 5. Medicamentos terapéuticos**
- 6. Consecuencias del uso de drogas para la mujer**

SITUACIÓN EN ESTADOS UNIDOS⁴⁰

Según los resultados preliminares de la Encuesta Domiciliaria Nacional sobre el Abuso de Drogas (NHSDA)⁴¹ el número actual de usuarios de drogas ilícitas no cambió significativamente entre en los últimos años: 1995 (12,8 millones) y 1996 (13 millones).

1. Tendencias nacionales

1.1 Marihuana

Se estima que 2,4 millones de personas comenzaron a usar marihuana en 1995. Este rebrote en el uso de marihuana continúa, especialmente entre adolescentes: la tasa de menciones en salas de urgencias sigue aumentando, el porcentaje de personas ingresadas en programas de tratamiento también ha estado aumentando. Dos factores podrían estar contribuyendo a este salto espectacular en el consumo de marihuana: una potencia más alta de la droga y el uso de marihuana mezclada o en combinación con otras drogas ilegales. Los cigarrillos o “blunts” de marihuana a menudo incluyen crack, una combinación que se conoce por varios nombres en la calle, como “3750”, “diablitos”, “primo”, “oolies” y “woolies”. A menudo, los pitillos y “blunts” se mojan en Fenciclidina (PCP)⁴² y se conocen en la calle como “happy

⁴⁰ Nos basamos en los datos publicados por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) en Octubre de 1999.

⁴¹ Es una encuesta anual que hace la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

⁴² La PCP (fenciclidina) se comenzó a fabricar en los años 50 como anestésico intravenoso. El uso de la PCP en seres humanos se discontinuó en 1965 por haberse descubierto que los pacientes se mostraban a menudo agitados, delirantes e irracionales mientras se recuperaban de sus efectos anestésicos. La PCP se fabrica ilegalmente en laboratorios y se vende en la calle con los nombres de angel dust, ozone, wack y rocket fuel

sticks”, “wicky sticks”, “illies”, “love boat”, “Wet” o “tical”. Combinaciones de estos dos tipos se han observado en Boston, Chicago y Nueva York; la combinación de marihuana y PCP se ha visto en Filadelfia y partes de Texas. Los cigarrillos de marihuana también se mojan a veces en fluido de embalsamar, algo que se ha visto en Boston (donde se conocen como “shermans”) y en partes de Texas.

1.2. Cocaína

La cocaína crack continúa dominando el problema de drogas ilícitas de la nación. El número total de usuarios de cocaína actual no cambió significativamente entre 1995 y 1996 (1,45 millones en 1995 y 1,75 millones en 1996). Esto significa una reducción desde su punto más alto de 5,7 millones en 1985. No obstante, todavía se estima que 652.000 estadounidenses usaron cocaína por primera vez en 1995. Sigue habiendo una abundante provisión de la droga en casi todas las ciudades. Los datos indican una estabilización en muchas zonas urbanas: las defunciones debidas a la cocaína permanecieron estables o subieron ligeramente en 9 de las 10 donde se recogió datos sobre esa información. El porcentaje de nuevas personas que ingresaron a tratamientos debido a problemas primarios de cocaína disminuyeron ligeramente o permanecieron estables en la mayoría de las zonas.

Aunque los datos demográficos continúan mostrando que la mayoría de los usuarios de cocaína son adultos mayores, adictos a la cocaína crack, que viven en el centro de la ciudad, informes aislados en el terreno indican que hay nuevos grupos de usuarios. Entre estos nuevos grupos cabe citar los a adolescentes que, en algunas ciudades, fuman crack junto con marihuana en “blunts” (puros que se han vaciado de tabaco y se han rellenado con marihuana, a menudo en combinación con otra droga); en Texas, los usuarios de crack hispanos y, en la zona de Atlanta, usuarios de clorhidrato

(polvo de ángel, ozono, chifladura y combustible de cohete). Killer joints y crystal supergrass, (superhierba cristal y porros mortales) son nombres vulgares que se refieren a la combinación de PCP y marihuana.

de cocaína en los suburbios de clase media, y mujeres en sus treinta que usan crack sin tener historia alguna de haber consumido drogas antes.

1.3. Heroína

Desde 1992 ha habido una tendencia creciente de nuevos usuarios de heroína, y se estima que hay 141.000 nuevos usuarios de la droga en 1995. Se estima que el número de personas que usaron heroína en el mes anterior a la encuesta aumentó de 68.000 en 1993 a 216.000 en 1996. De estos nuevos usuarios recientes, una gran proporción fumaron, inhalaron o aspiraron heroína, y la mayoría tenían menos de 26 años de edad. Otros indicadores cuantitativos e informes en el terreno siguen sugiriendo que hay una incidencia creciente de nuevos usuarios (que aspiran la droga) entre los grupos de edad más jóvenes, a menudo entre mujeres. En algunas regiones, como en San Francisco, los iniciados recientes cada vez incluyen más miembros de la clase media. En Boston y Newark, los usuarios de heroína se encuentran también entre las poblaciones suburbanas. Una preocupación es que los jóvenes que aspiran heroína podrían empezar a inyectarse la droga, debido a mayor tolerancia, dolores en la nariz o menos pureza de la droga o pureza poco fiable. El uso de heroína inyectable los expondría a mayores riesgos de infectarse con el VIH. De hecho, la pureza de la droga ha estado decayendo o es inconstante en varias ciudades, como Atlanta, Boston y Nueva York. No obstante, en el Este y en algunas ciudades del centro del país, especialmente en Chicago y Detroit, la pureza de la droga permanece alta, al igual que su uso intranasal. En algunas ciudades como Boston, Detroit y Nueva York, se ha intensificado la venta agresiva y el recorte de precios. Frecuentemente, los distribuidores de heroína venden otras drogas también, como ocurre en Miami, Minneapolis/St. Paul, St. Louis y algunos vecindarios de Atlanta. Las cifras recientes de mortalidad han aumentado o permanecen estables a niveles elevados en 5 de las 10 ciudades donde hay datos disponibles. La tasa de mención de la droga en las salas de urgencia de los hospitales ha aumentado en 8 de las 19 ciudades consultadas y el

porcentaje de personas bajo tratamiento que dicen que usan heroína ha subido en 8 de 14 zonas.

1.4. Derivados de la anfetamina (ATS)

Metanfetamina⁴³

En varias ciudades del oeste y del centro del país, los indicadores de metanfetamina, que habían estado aumentando con regularidad por varios años, parecen comenzar a presentar variaciones. Todos los indicadores sugieren aumentos en San Francisco y Seattle, mientras que en San Diego y Los Angeles muestran tendencias de estabilidad o ligera disminución. Pero todo parece indicar que no se ha llegado a sus puntos más altos de consumo. La mayor disponibilidad de la metanfetamina y el aumento en su uso se ha observado esporádicamente en varias regiones del país, especialmente en zonas rurales, lo que ha causado alguna preocupación sobre su propagación fuera de las zonas de uso endémico (la costa oeste). La mayoría de la metanfetamina viene de operaciones a gran escala en México. Decomisos recientes en la Florida han incluido cocaína en polvo, heroína y flunitracepam⁴⁴ en el mismo embarque con la metanfetamina. Además, todavía es común que haya laboratorios locales, lo que ha producido un aumento en los decomisos realizados en zonas como Seattle, Arizona, y regiones rurales de Georgia, Michigan y Missouri. Las cuatro formas de administrar la droga, inyectarla, aspirarla, fumarla incluso (“chasing the dragon” en San Francisco), y la ingestión oral, se usan hoy en día, pero varían de una ciudad a otra. En Honolulu, persisten informes de violencia asociada con el consumo de metanfetamina y ahora estos también están ocurriendo en Seattle.

⁴³ El clorhidrato de metanfetamina consiste en cristales transparentes en pedazos parecidos al hielo, que se pueden inhalar al fumarlos y se llaman “ice, crystal y glass” (hielo, cristal y vidrio)

⁴⁴ Rohypnol es el nombre comercial del flunitracepam.

Otros estimulantes

El abuso de metilfenidato (Ritalin)⁴⁵ continúa entre los usuarios de heroína en Chicago y los adolescentes en Detroit. Los productos a partir de efedrina, que se venden en establecimientos de mercancías de venta rápida, paradores de camiones y tiendas naturalistas, son de uso común entre los adolescentes en Atlanta, Detroit, Minneapolis/St. Paul y Texas. El estado de New York prohibió recientemente la venta de este tipo de productos intentando contener su creciente abuso entre adolescentes. El uso de metilendioximetanfetamina (MDMA o “éxtasis”) se ha observado más frecuentemente entre adultos jóvenes y adolescentes en salas de fiesta, juergas y conciertos de rock & roll en Atlanta, Miami, St. Louis, Seattle y partes de Texas. En 1996, un estudio realizado por el MTF⁴⁶ recoge datos sobre el uso de MDMA por los estudiantes de secundaria. Las tasas de uso permanecieron relativamente altas entre 1996 y 1997. En 1997, 6,9% de los estudiantes de último año de secundaria; 5,7% de los de 10º grado y 3,2% de los de 8º grado habían usado MDMA al menos una vez en la vida.

2. Patrones de consumo en los estudiantes de Secundaria y otros jóvenes

Desde 1975, el Estudio de Observación del Futuro, ha determinado cada año las proporciones del abuso de drogas por estudiantes de último año de secundaria. La encuesta fue ampliada en 1991 para incluir a los estudiantes de 8º y 10º grados. Financiada por el NIDA, la encuesta la lleva a cabo el Instituto de Investigación en Materia Social de la Universidad de Michigan.

En la promoción de 1997, 54.3% de los estudiantes habían usado alguna droga ilícita al llegar al último año de secundaria, lo que continuó marcando

⁴⁵ Ritalin, el nombre comercial del metilfenidato, es un medicamento que se receta a los niños que muestran un nivel de actividad anormalmente alto o que padecen del trastorno de hiperactividad y falta de atención (ADHD). En 1996 se detectó que se usaba con fines relacionados con la drogadicción, mezclado con heroína y con cocaína.

⁴⁶ Encuesta anual sobre uso de drogas y actitudes conexas de los adolescentes en Estados Unidos.

una tendencia ascendente en relación con la cifra de 40.7% registrada en 1992, pero aún muy inferior a la cifra máxima de 65.6% registrada en 1981.

Después de haber aumentado significativamente entre 1992 y 1996, el uso de drogas ilícitas por los adolescentes se estabilizó para la mayoría de las drogas en 1997. Entre los estudiantes de 8° grado, permaneció estable o disminuyó para algunas sustancias. Entre los estudiantes 10° y 12° el uso de drogas ilícitas permaneció estable, pero su uso durante la vida aumentó para algunas sustancias.

El uso de todas las drogas ilícitas en el último año (uso anual) por estudiantes del grupo citado aumentó de 27.1% en 1992 a 42.4% en 1997, después de reducirse constantemente con respecto a una cifra máxima de 54.2% registrada en 1979. El porcentaje de estudiantes de último año de secundaria que habían usado una droga ilícita en el transcurso del último mes (uso corriente) aumento de 14.4% en 1992 a 26.2% en 1997.

2.1. Consumo por sustancias

Prevalencia vida.

	8ºgrado	10ºgrad	12ºgrad
Marihuana	22.6%	42.3%	49%
Cocaína	4.4%	7.1%	8.7%
Inhalantes	4.7%	18.3%	16.1%
LSD	4.7%	9.5%	13.6%
Heroína	2.1%	2.1%	2.1%
Estimulantes	12.3%	17%	16.5%
Alcohol	53.8%	72%	81.7%

Se aprecia un claro aumento de la prevalencia de consumo a lo largo de la vida, en la marihuana, cocaína, LSD, estimulantes y alcohol; encontrando estable el uso de heroína y en descenso, según aumenta la edad, del uso de inhalantes.

2.1.1. Marihuana

El aumento del uso de marihuana anual y durante la vida por estudiantes de 8° (14-15 años) grado que fue observado entre 1992 y 1996, se estabilizó en 1997. Entre 1992 y 1997, sin embargo, el uso de esta droga durante la vida aumentó de 11.2% a 22.6%; el anual de 7.2% a 17.7% y el corriente (último mes) de 3.7% a 10.2%.

Entre 1992 y 1997 el uso de marihuana durante la vida en los estudiantes de 10° (16 años) aumentó de 21.4% a 42.3%; el anual de 15.2% a 34.8% y el corriente de 8.1% a 20.5%.

En 1997, el 49.6% de los estudiantes de último año de secundaria (17-18 años) habían usado marihuana al menos una vez en la vida, cifra que representa un aumento en relación con la de 32.6% registrada en 1992. El uso anual de marihuana para los estudiantes de último año de secundaria alcanzó un valor máximo de 50.8% en 1979, se redujo constantemente hasta llegar a 21.9% en 1992 y aumentando a 38.5% en 1997. El uso corriente aumentó de 11.9% en 1992 a 23.7% en 1997.

2.1.2. Cocaína

El uso de cocaína entre estudiantes de 8° y 10° grados permaneció a un mismo nivel entre 1996 y 1997. No obstante, el uso durante la vida para los estudiantes de 12° aumentó de 7.1 en 1996 a 8.7% en 1997, lo que marca la tasa más alta desde 1990.

El uso de cocaína crack durante la vida para los estudiantes de 12° grado aumentó de 3.3% en 1996 a 3.9% en 1997. Su uso para los estudiantes de 8°

y 10° grados permaneció igual entre 1996 y 1997. Los resultados de la encuesta mostraron que 2.7% de los estudiantes de 8° grado y 3.6% de los de 10° habían usado crack al menos una vez en la vida; 1.7% de los de 8° y un 2.2% de los de 10° grado lo habían usado en el año precedente a la encuesta; y un 0.7% de los de 8° y 0.9% de los de 10° grado, lo habían usado el mes precedente.

2.1.3. LSD

En 1997, el uso de LSD durante la vida para estudiantes de último año de secundaria fue de 13.6% y el anual de 8.4%, cifras que sobrepasaron los niveles correspondientes de uso máximo anual de mediados del decenio de 1970.

El uso anual de LSD para los estudiantes de 8° grado fue de 3.2% en 1997 (un aumento en relación con la cifra de 2.4% registrada en 1994). El uso anual para los de 10° aumentó de 5.2% en 1994 a 6.7% en 1997.

2.1.4. Inhalantes

Los inhalantes son las sustancias de mayor abuso para los estudiantes de 8°, después del alcohol, el tabaco y la marihuana. La tasa de uso entre los estudiantes de 8° grado es mayor que la de los de 10° y 12° grados.

En 1997, más de uno de cada cinco estudiantes de 8° (21%) había usado inhalantes, sustancias adhesivas, aerosoles y disolventes, al menos una vez en la vida, y 11.8% los había usado durante el año precedente.

2.1.5. Alcohol

En 1997, el uso diario de alcohol por los estudiantes de último año de secundaria fue de 3.9%; para los de 10° grado de 1.7% y para los de 8° de 0.8%.

En 1997, 31.3% de todos los estudiantes de último año de secundaria y 25.1% de los de 10º, declararon que se habían emborrachado (consumo seguido de cinco bebidas o más). La cifra correspondiente a los estudiantes de 8º grado fue de 14.5% en 1997.

El porcentaje de estudiantes de 8º que dijeron haberse emborrachado en los últimos 30 días disminuyó de 9.6% en 1996 a 8.2% en 1997. Pero el porcentaje de estudiantes de 10º que dijeron haberse emborrachado a diario aumentó de 0.4% en 1996 a 0.6% en 1997. Entre los estudiantes de 12º, el consumo de alcohol en el último año aumentó de 72.5% en 1996 a 74.8% en 1997. El uso de alcohol durante la vida para los estudiantes del último año de secundaria también aumentó.

3. Tendencias de Tratamiento

En el ejercicio económico de 1995, aproximadamente 1,9 millones de personas ingresaron en tratamientos subvencionados por el estado.

- De éstas, alrededor del 54% comenzaron tratamiento contra el alcoholismo; y casi el 46% se sometieron a tratamiento contra el abuso de drogas ilícitas.
- Aproximadamente el 70% de estos individuos eran hombres y el 30% mujeres.
- El 56% eran blancos, seguidos en número por los afroamericanos (26%), hispanos (7,7%), indios americanos (2,2%) y asiáticos e isleños del Pacífico (0,6%).
- El mayor número de personas que se sometieron a tratamiento contra el uso de drogas ilícitas, lo hicieron por causa del uso de las drogas siguientes: cocaína (38,3%), heroína (25,5%) y marihuana (19,1%).

- El 60% de estas personas, fueron sometidas a tratamiento en un ambiente ambulatorio.

3.1. Tratamiento

3.1.1. Crack y Cocaína

Según el perfil estatal de abuso de alcohol y drogas, en el ejercicio de 1995, en los Estados Unidos 333.359 pacientes fueron sometidos a tratamiento por abuso principalmente de cocaína en programas subvencionados por el estado, lo que representó casi 38,3% de los internados para tratamiento.

La más alta prioridad del NIDA en materia de investigación es encontrar un medicamento que impida o reduzca notablemente los efectos de la cocaína, para usarlo como parte de un programa integral de tratamiento. Se están investigando en el estudio de medicamentos que ayuden a aliviar las grandes ansias de consumir droga que sufren a menudo las personas cuando están sometidas a tratamiento por adicción a la cocaína. Actualmente se estudian varios productos para probar su inocuidad y eficacia para tratar la adicción a la cocaína.

Además de los tratamientos farmacológicos, las intervenciones para modificar el comportamiento, especialmente la terapéutica cognoscitiva del comportamiento, pueden resultar eficaces en reducir el uso de drogas en los pacientes tratados por causa de abuso de cocaína. La prestación de servicios terapéuticos en una combinación óptima para cada persona reviste una importancia crítica para el éxito de los resultados del tratamiento.

3.1.2. Heroína

Hay una gran variedad de opciones terapéuticas para la adicción a la heroína, entre las que figuran los medicamentos y la terapéutica de la conducta. Según el NIDA, la ciencia le ha enseñado que combinar tratamiento a base de medicamentos, con otros servicios de apoyo al

paciente, hace posible que el toxicómano deje de usar la heroína (u otro opiáceo) y vuelva a una vida más estable y productiva.

En noviembre de 1997, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) reunieron a un Grupo de Consenso sobre el Tratamiento Médico Eficaz de la Drogadicción. Este grupo de expertos de toda la nación (USA) concluyó que las adicciones a los opiáceos son enfermedades del cerebro y trastornos médicos que, en realidad, sí pueden tratarse eficazmente. Recomendó firmemente: 1. Mayor acceso a los programas de tratamiento de mantenimiento a base de metadona para las personas que están adictas a la heroína y otras drogas opiáceas; y 2. La eliminación de reglas federales y estatales, así como de otras barreras, que impidan acceso a estos programas.

También recalcó la importancia de ofrecer orientación psicológica contra el abuso de sustancias, terapéuticas psicosociales y otros servicios de respaldo al paciente, que fomenten la retención y el éxito de los programas de tratamiento de mantenimiento a base de metadona.

A parte de la metadona (24h), LAAM (72h), naloxona (dosis excesivas) y la naltrexona, se están estudiando otros medicamentos utilizados en los programas de mantenimiento con metadona.

Hay muchos tratamientos de la conducta eficaces contra la heroinomanía. Estos pueden incluir métodos residenciales y ambulatorios. Varias terapéuticas nuevas de la conducta están resultando especialmente prometedoras contra este tipo de adicción, tales como:

La terapia de **manejo de situaciones** imprevistas utiliza un sistema basado en el concepto del vale, donde el paciente gana “puntos” por tener resultados negativos en los análisis que determinan si ha usado drogas, y puede cambiarlos por artículos que fomentan una vida sana.

Las **intervenciones de la conducta** cognoscitiva se ha ideado para ayudar a modificar el pensamiento, las esperanzas y los comportamientos del paciente

y para aumentar su habilidad de hacerle frente a varios factores causantes de tensión nerviosa en la vida.

En 1995, el abuso de heroína ocupó el segundo lugar entre las causas que llevan a solicitar tratamiento en programas antidrogas subvencionados por el estado. En Puerto Rico, California, Connecticut, Maryland, Massachusetts, New Jersey, Rhode Island y Washington, fue la principal droga de abuso mencionada por los nuevos pacientes sometidos a tratamiento por drogadicción en programas subvencionados por el estado. Lo que ratifica el creciente consumo de heroína que se experimenta desde hace años en toda la nación.

3.2. Tipos de programas de tratamiento

La meta final de todo tratamiento para el abuso de drogas es de facultar al paciente para que logre una abstinencia duradera, pero las metas inmediatas son reducir el uso de drogas, mejorar la habilidad del paciente para funcionar, y minimizar las complicaciones médicas y sociales del abuso de drogas.

Hay varios tipos de programas de tratamiento para el abuso de drogas. Los métodos de corto plazo duran menos de 6 meses y comprenden la terapéutica residencial, la terapia con medicamentos y la terapéutica de consulta externa sin medicamentos. El tratamiento de largo plazo podría comprender, por ejemplo, tratamiento de mantenimiento de consulta externa a base de metadona para los adictos a los opiáceos y tratamiento de comunidad residencial terapéutica.

En el tratamiento de mantenimiento para los adictos a la heroína, la persona bajo tratamiento recibe una dosis oral de un opiáceo sintético, generalmente clorhidrato de metadona o levometadol alfa-acetilico (LAAM), administrados en una dosis suficiente para bloquear los efectos de la heroína y producir un estado estable, no eufórico, y libre de las ansias fisiológicas de consumir opiáceos. En esta estado estable, el paciente puede desconectarse

de la conducta que busca la droga y que está relacionada con el delito y, por medio de orientación y servicios sociales apropiados, convertirse en un miembro productivo de su comunidad.

El tratamiento de consulta externa sin drogas no incluye medicamentos y comprende una amplia variedad de programas para pacientes que visitan una clínica a intervalos regulares.

La mayoría de estos programas comprenden la orientación psicológica individual o de grupo.

Los pacientes que entran en estos programas abusan de otras drogas que no son las opiáceas o abusan de los opiáceos pero no se recomienda para ellos terapia de mantenimiento, por tener una vida estable y haber tenido una breve historia de drogadicción.

Las comunidades terapéuticas (TC) son programas muy estructurados en los cuales el paciente permanece en una residencia, normalmente de 6 a 12 meses. Los pacientes en comunidad terapéutica suelen responder al perfil de aquellos drogodependientes con historias de toxicomanía relativamente largas, participación en actividades delictivas serias, y funcionamiento social seriamente deteriorado. El foco de la TC es la reeducación del paciente para que vuelva a integrarse a un estilo de vida libre de drogas y delitos.

Los programas residenciales de corto plazo, frecuentemente llamados unidades de fármacodependencia, se basan a menudo en el “Modelo Minnesota” para el tratamiento del alcoholismo. Estos programas comprenden una fase de tratamiento internado de 3 a 6 semanas seguido de una extensa terapéutica de consulta externa o participación en grupos de auto-ayuda de 12 pasos, como Narcóticos Anónimos o Cocaína Anónimos. Los programas para la farmacodependencia comenzaron en el sector privado a mediados de los años 80 con toxicómanos asegurados que abusaban del alcohol o de la cocaína como pacientes principales. Hoy en día, según

disminuyen los beneficios de los proveedores privados, más programas están extendiendo sus servicios a los pacientes que reciben asistencia pública.

Los programas de mantenimiento a base de metadona generalmente tienen más éxito manteniendo clientes adictos a los opiáceos que las comunidades terapéuticas, que, a su vez, tienen mayor éxito que los programas de consulta externa que ofrecen orientación psicológica y psicoterapia. Entre varios de los programas de metadona, aquellos que ofrecen mayores dosis de metadona (generalmente un mínimo de 60 mg diarios). También, aquellos que dan otros servicios, como orientación psicológica, terapia y atención médica, junto con la metadona, tienen generalmente mejores resultados que los programas que ofrecen servicios mínimos.

Los programas de tratamiento para las drogas en prisión pueden tener éxito en prevenir que el paciente vuelva a su conducta delictiva, particularmente si están ligados con programas en la comunidad donde continuarán el tratamiento cuando el cliente salga de prisión.

Algunos de los programas más exitosos han reducido la tasa de reincidencia en un cuarto o hasta la mitad. Por ejemplo, el “Modelo Delaware”, un estudio en progreso sobre el tratamiento integral de los prisioneros adictos a las drogas, muestra que el tratamiento en prisión que incluye un ambiente de comunidad terapéutica, una comunidad terapéutica semilibre para trabajar y atención médica en la comunidad reduce en un 57% la probabilidad de que el paciente vuelva a ser arrestado y en un 37% la probabilidad de que vuelva a usar drogas.

4. Costos sociales

El abuso de drogas tiene una repercusión económica grande sobre la sociedad; se estima en unos \$67.000 millones por año (10 billones pts). Esta cifra incluye el costo relacionado con el delito, la atención médica, el tratamiento para el abuso de drogas, los programas de bienestar social y el

tiempo fuera del trabajo. El tratamiento para el abuso de drogas puede reducir estos costos. Los estudios han mostrado que se ahorra entre \$4 y \$5 por cada dólar que se gasta en tratamiento. Cuesta aproximadamente \$3.600 (600.000 pts) mensuales dejar un toxicómano sin tratar en la comunidad, y el costo del encarcelamiento es de aproximadamente \$3.300 mensuales. En contraste, la terapia de mantenimiento a base de metadona cuesta como \$290 al mes (46.000 pts).

5. Medicamentos terapéuticos

El tratamiento para las personas que abusan de las drogas pero aún no muestran un cuadro de adicción severo, consiste muy frecuentemente en terapias de comportamiento, como psicoterapia, orientación psicológica, grupos de apoyo o terapia familiar.

Pero el tratamiento para los toxicómanos implica comúnmente una combinación de medicamentos y terapias del comportamiento.

El método primario de abstinencia con asistencia médica consiste en hacer que el paciente use otra droga comparable que produce un síndrome de abstinencia más leve y en reducir después paulatinamente el medicamento sustituido hasta eliminarlo completamente. Para el tratamiento de la abstinencia de opiáceos, el medicamento que se usa con mayor frecuencia es la metadona, que se toma oralmente una vez al día. Los pacientes comienzan tomando la menor dosis que evite los síntomas más severos de la abstinencia y entonces la dosis se reduce poco a poco.

Los sustitutos pueden usarse también para asistir en la abstinencia de sedantes. Se le da al paciente otro sedante de acción duradera, como diazepam o fenobarbital, y entonces éste se reduce poco a poco.

Una vez que el paciente pasa por la abstinencia, todavía existe un riesgo considerable de recaída. El paciente puede volver a tomar drogas aunque ya no tenga los síntomas físicos de la abstinencia. Se está llevando a cabo una gran cantidad de investigaciones para encontrar medicamentos que puedan bloquear las ansias de consumir el regreso a la droga.

El paciente que no puede seguir absteniéndose de los opiáceos recibe terapia de mantenimiento, casi siempre metadona. La dosis de mantenimiento de metadona, generalmente mayor que la usada para la abstinencia con asistencia médica, evita tanto los síntomas de abstinencia como las ansias de consumir heroína. También evita que el toxicómano experimente el estímulo de la heroína y, como resultado, el individuo para de usarla. La investigación ha demostrado, como ya hemos indicado con anterioridad, que la terapia de mantenimiento reduce la propagación del SIDA en la población tratada, al tiempo que reduce la mortalidad global y todo tipo de costes sociales.

Otra droga, ya comentada, para el uso en tratamiento de mantenimiento es el LAAM (levometadol alfa-acetílico), que se administra tres veces a la semana en vez de diariamente, como pasa con la metadona. Como vimos la droga naltrexona también se usa para evitar la recaída. Al igual que la metadona, el LAAM y la naltrexona evitan que el toxicómano experimente el estímulo de la heroína. Sin embargo, la naltrexona no elimina las ansias de consumir la droga, así que no se ha hecho muy popular entre los toxicómanos. La naltrexona funciona mejor para los pacientes que están muy convencidos de que quieren dejar la droga.

En este momento no hay medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para tratar la adicción a cocaína, LSD, PCP, marihuana, estimulantes, inhalantes ni esteroides anabólicos. Hay medicamentos, sin embargo, para tratar los efectos adversos a la salud que estas drogas producen, como convulsiones o reacciones psicóticas, y para la sobredosis de opiáceos.

Uno de los objetivos del National Institute on Drug Abuse (NIDA) es desarrollar un medicamento que sea útil en el tratamiento de la adicción a la cocaína.

6. Consecuencias del uso de drogas para la mujer

Mujeres de todas las razas y condiciones socioeconómicas sufren la seria enfermedad de la drogodependencia.

Muchas mujeres que usan drogas han encarado durante su vida graves desafíos a su bienestar. Por ejemplo, la investigación indica que en torno al 70% de las mujeres que dicen haber usado drogas, también declaran haber sido maltratadas sexualmente antes de la edad de 16 años; y el padre o la madre de más del 80% presentaban una adicción al alcohol o a otras drogas ilícitas.

Un número elevado de mujeres que usan drogas, no busca tratamiento porque tienen miedo. Tienen miedo de no poder cuidar a sus hijos o de no poder mantenerlos, tienen miedo de las represalias de sus cónyuges o amantes, y tienen miedo del castigo de las autoridades de la comunidad.

Un porcentaje significativo de mujeres reportan que sus compañeros las iniciaron en el uso de las drogas, y después sabotearon sus esfuerzos para dejar de usarlas.

6.1. Riesgos asociados al abuso de drogas

Específicamente, los riesgos para la salud asociados al abuso de droga en la mujer son:

- Mala nutrición y peso por debajo de la media.
- Poco amor propio

- Depresión
- Mal trato físico
- Si está embarazada, parto inmaduro o prematuro
- Enfermedades serias médicas e infecciosas (por ejemplo, hipertensión y rápido ritmo cardíaco, ETS, SIDA)

6.2. El abuso de drogas y el SIDA

Actualmente, el SIDA es la cuarta causa de muerte de mayor importancia entre mujeres en edad de procrear en los Estados Unidos. Entre 1993 y 1994, el número de nuevos casos de SIDA entre las mujeres se redujo un 17%. Pero de todos modos, en enero de 1997, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades habían documentado casi 85.000 casos de SIDA entre mujeres adultas y adolescentes en los Estados Unidos. De estos casos:

Alrededor del 62% estaban relacionados con el hecho de que la mujer usaba drogas CVI o de que tenía relaciones sexuales con un usuario CVI.

El 37% de los casos estaban relacionados con el contacto heterosexual, y casi la mitad de estas mujeres contrajeron el SIDA al tener relaciones sexuales con un usuario de drogas por vía endovenosa.

6.3. Tratamiento para la mujer

En torno a 4 millones de mujeres necesitan tratamiento en Estados Unidos, por el abuso de drogas. Desgraciadamente, hay varias razones importantes, como se dijo antes, por las que muchas mujeres no buscan ayuda. La investigación muestra que las mujeres sacan mayor provecho a los programas de tratamiento contra las drogas que ofrecen servicios integrales para satisfacer sus necesidades fundamentales, entre las que figuran acceso a lo siguiente:

- Alimentos, ropa y albergue
- Transporte
- Asistencia legal
- Alfabetización y oportunidades de educación
- Adiestramiento para madres
- Terapia familiar
- Orientación psicológica para parejas
- Atención médica
- Cuidado infantil
- Servicios Sociales
- Apoyo social
- Evaluación psicológica y atención de salud mental
- Adiestramiento para aumentar la confianza en sí misma.
- Servicios de planificación familiar.

Es posible que los programas tradicionales de tratamiento antidrogas orientados hacia el hombre no sean apropiados para la mujer, porque quizás no ofrezcan los servicios indicados más arriba. La investigación también indica que, especialmente para la mujer, un factor importante a través del tratamiento es poder tener una relación continua con un proveedor de tratamiento. Se espera que cualquier individuo pueda tener lapsos y recaídas, y estos pasos forman parte del proceso de tratamiento y recuperación.

Durante estos períodos, la mujer en particular, necesita el apoyo de la comunidad y el aliento de los que están más cerca de ella. Después de

terminar un programa antidrogas, a la mujer también le hacen falta servicios que la ayuden a sostener su recuperación y a reintegrarse a la comunidad.

6.4. Alcance del uso

La encuesta domiciliaria nacional sobre el abuso de drogas (NHSDA)⁴⁷ ofrece anualmente estimados de prevalencia del uso de drogas por varios grupos demográficos en los Estados Unidos. Los datos se derivan de una muestra nacional de miembros de hogares que tienen 12 años de edad o más.

En 1996, el 29.9% de las mujeres de los Estados Unidos (mujeres de más de 12 años de edad) habían usado drogas ilícitas por lo menos una vez en su vida: 33.3 millones de un total de 111.1 millones de mujeres

Más de 4.7 millones de mujeres habían usado droga ilícita, por lo menos, una vez durante el mes antes de la encuesta (potencialmente adictas).

La encuesta mostró que 30.5 millones de mujeres habían usado marihuana por lo menos una vez en la vida. Unas 603.000 mujeres habían usado cocaína el mes anterior; 240.000 habían usado cocaína en forma de crack. Aproximadamente 547.000 mujeres habían usado alucinógenos (entre ellos LSD y PCP) el mes anterior.

En 1996, 56.000 mujeres usaron una aguja para inyectarse la droga y 856.000 lo habían hecho alguna vez en su vida.

En 1996, casi 1.2 millones de mujeres de 12 años o más habían tomado durante el mes anterior medicamentos de venta por receta (sedantes, tranquilizantes o analgésicos) para propósitos no médicos.

El mes anterior a la encuesta, más de 26 millones de mujeres habían fumado cigarrillos, y más de 48.5 millones habían consumido alcohol.

⁴⁷ La encuesta domiciliaria nacional sobre abuso de drogas (NHSDA) es una encuesta anual realizada por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y de Salud Mental.

SITUACION EN AMERICA LATINA

- 1. Consumo, producción y políticas asistenciales**
- 2. HIV/SIDA en Las Américas**
- 3. Reducción de daños**
- 4. Situación por países**

SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA

1. Consumo, producción y políticas asistenciales

Latinoamérica tradicionalmente ha sido considerada como una de las regiones de abastecimiento y lugar de tránsito de drogas para el mundo. Pero en los últimos años ha experimentado una rápida transición, dejando de ser una región meramente productora para pasar a ser una región consumidora.

Después de las drogas legales (alcohol, tabaco y medicamentos psicotropos) la marihuana es la sustancia ilegal más consumida, le siguen el clorhidrato de cocaína, la pasta base y en una proporción todavía poco significativa los opiáceos. Aunque aumenta su consumo con rapidez.

Dentro de las formas de consumo, la administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral, es una costumbre poco frecuente en el cono norte de Latinoamérica y sí medianamente difundida en países como Brasil, Argentina y Sur de Chile, donde el VIH/SIDA guarda una correlación importante con esa vía de consumo.

En Latinoamérica el discurso que ha guiado el asunto de las drogas, se ha basado fundamentalmente en diagnósticos surgidos, en gran medida, por interpretaciones del gobierno de los EE.UU. Con más o menos matices, todos los países latinoamericanos han asumido e internalizado un diagnóstico similar: tolerancia cero al consumo, falta de comprensión para con los consumidores y red asistencial precaria.

La prevención y la rehabilitación de las personas aquejadas por la adicción, han estado enmarcadas bajo el modelo de una prevención centrada en

explicar el efecto de las drogas y aprender a decir no, y por los tratamientos en Comunidad Terapéutica de altos umbrales de exigencias.

En materia de consumo, la ejecución de las diferentes acciones, guiadas en general por la política Norteamericana, se ha venido reproduciendo mecánicamente en la mayoría de los países suramericanos sin un balance sopesado y una evaluación objetiva de sus verdaderos resultados.

“Nos hemos venido moviendo permanentemente, pero casi siempre dando *palos de ciego*. (...) Diversas iniciativas con diferentes grados ascendentes de intensidad represiva contra los consumidores, basado en el discurso propuesto por los EE.UU acerca del fenómeno de las drogas, se han implementado con muy poco éxito.” (Castaño, G.A. 1999)⁴⁸

En realidad, en los últimos 30 años en Latinoamérica se ha visto y vivido “más de lo mismo” sin resultados muy positivos hasta el momento. Se ha asistido, a pesar de las campañas de prevención que se han realizado, a la transición señalada, de ser países meramente productores a ser países consumidores. Es decir, el negocio de la droga sigue triunfando.

Así mismo la producción y el tráfico de drogas en el Continente se ha exacerbado. “No obstante podríamos señalar, que bajo la administración del actual presidente de los EE.UU, Bill Clinton, se ha producido una modificación importante a la política, sin cambiar básicamente el paradigma; se plantea explícitamente una necesaria modificación en las acciones, en el sentido de relativizar la separación de países productores/consumidores, modificación ésta donde Colombia jugó un papel protagonista.”(Castaño, 1999).

1.1. El Consumo de drogas en América Latina

Dar datos estadísticos generales del consumo de drogas en Latinoamérica, se torna difícil e impreciso, pues son pocos los países que realizan estudios

⁴⁸ CASTAÑO Pérez, G.A. "Drogas en América Latina y los programas de reducción del daño" Rev. Adicciones. Vol.11, n°.4, pp.387/393.

epidemiológicos sistemáticos. Pero podemos plantear de forma general que, el problema más importante de América, al igual que ocurre en todas las regiones del mundo, lo constituye el grupo de las drogas legales: alcohol, tabaco y psicofármacos.

Respecto a las drogas ilegales, se puede decir que las principales drogas de abuso en Latinoamérica, en orden de frecuencia son: la marihuana, el clorhidrato de cocaína, la pasta base de cocaína, las drogas de síntesis y la heroína.

En opinión de Augusto Pérez Gómez⁴⁹, cabeza visible de la lucha antidrogas en Colombia, hay una posible clasificación en América Latina “desde el punto de vista del consumo tendríamos en primer lugar a Colombia, a Perú, partes de Brasil (especialmente las ciudades grandes como Sao Paulo y Río de Janeiro), y a Panamá. En el segundo grupo estarían Venezuela, Ecuador y algunos países de América Central. En el tercer grupo estaría México, San Salvador y Bolivia. Y en el cuarto y último grupo, se situarían los países del Cono Sur: Uruguay, Paraguay, Argentina y Chile, como los de menor consumo.

Aunque como ya apuntamos, los datos que manejamos provienen de fuentes que utilizaron dudosa metodología, daremos ahora una situación general del consumo en Latinoamérica y, más adelante, la situación concreta de algunos países del Cono Sur y América Central.

En **Colombia**, el último de los estudios realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes⁵⁰, organismo gubernamental que lleva las políticas de drogas en el país, reportó un consumo global para las sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, cocaína, bazuco y opiáceos) del 6.5% en la población

⁴⁹ PEREZ Gómez, A. “Consumo de Cocaína en América Latina” En: Simposio Internacional Coca y Cocaína. Santafé de Bogotá. Octubre de 1995.

⁵⁰ “II Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia” Fundación Santafé de Bogotá. Dirección Nacional de Estupefacientes. 1996.

colombiana, lo que corresponde aproximadamente a 1.674.510 personas, de las cuales 1.299.224 son hombres en su mayoría entre los 18 y los 44 años.

El consumo de opiáceos en Colombia, en este estudio mostró valores muy bajos, puesto que 12.566 personas la habían consumido alguna vez en la vida. No obstante, después de este estudio y como consecuencia de la mayor disponibilidad de heroína en las calles, se encuentran cada vez más jóvenes policonsumidores que incluyen la heroína en su menú. Respecto a este asunto, diferentes informes apuntan a un incremento alarmante de CVI de heroína, tanto en América del Norte como en Latinoamérica.

En el **Perú**, datos suministrados por CEDRO (citado por Pérez Gómez, A.,1995), organización no gubernamental, con una presencia muy importante en las acciones de prevención en este país, muestran las siguientes cifras de consumo en el año 1992: marihuana 8,4%, pasta base 4,4% y clorhidrato de cocaína 2,7%. No hay datos sobre el consumo de heroína u opiáceos (normal si tenemos en cuenta la fecha), también se reporta un consumo considerable de alucinógenos, 2,5%.

Sobre las prevalencias de consumo en **Ecuador**, encontramos información publicada en 1999⁵¹; se reportan los siguientes porcentajes: marihuana 4,1%; base de coca 1,0%; inhalantes 0,9%; clorhidrato de cocaína 0,9%; inyectables. Estos resultados proceden de la “Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas CON-SEVIP-NAS”(1995).

El Departamento de Investigación sobre Narcóticos del **Brasil** (DENARC)⁵² informa de un incremento importante de casos, en el número de personas atendidas por problemas con las drogas entre el año 1991-1996. En el año 1991 el número de personas que fueron atendidas por consumo de drogas en la división de Prevención y Educación de la DENARC fue de 740 personas. En el año 1996 esta cifra ascendió a 10.804 personas, lo que equivale a un

⁵¹ Documento Proyecto: “Fortalecimiento de las Estrategias de Reducción de la Demanda en Colombia, Ecuador y Venezuela”. CEV. 1999.

aumento del 1.465%. De éstos, 915 dependían de alguna sustancia psicoactiva; 97 de ellos, el 10,6% eran mujeres y 818 (84,9%) hombres. La droga de elección de los hombres es el crack y el clorhidrato de cocaína (47% dependientes del crack y 14,9% dependientes del clorhidrato de cocaína); el 27% eran poliadictos y un 7,4% consumidores de marihuana.

Las mujeres consumían crack en un 36,1%, clorhidrato de cocaína en un 17,5%, marihuana en un 18,6% y un 22,7% policonsumidoras.

En **Venezuela**, algunos estudios epidemiológicos nos pueden dar idea del consumo en este país. Un primer estudio se refiere al consumo de drogas en estudiantes, realizado por la Fundación Venezuela Libre de Drogas⁵³, entre estudiantes de séptimo grado de enseñanza básica hasta tercer año de educación superior, con edades comprendidas entre los 11 y los 25 años en los ocho principales municipios del área metropolitana de Caracas y donde se realizaron 1730 entrevistas.

En este estudio la prevalencia del consumo de sustancias ilegales como la marihuana, el clorhidrato de cocaína y la pasta base se encontraron por debajo del 5%. De los sujetos que manifestaron ser consumidores activos, se encontró que la sustancia de mayor consumo era la marihuana, tanto en los hombres como en las mujeres, seguido del clorhidrato de cocaína y la pasta base.

Otro estudio epidemiológico del consumo de sustancias psicoactivas en una Universidad Venezolana⁵⁴, donde se tomó una muestra de 2014 personas entre estudiantes, docentes, empleados y obreros adscritos a la Universidad, reportó prevalencias para el clorhidrato de cocaína del 2,0%; inhalables 1,4%; pasta base 1,0%; alucinógenos 0,8; heroína y opiáceos 0,3%.

⁵² “Relatorio Anual” Departamento de Investigaciones sobre Narcóticos (DENARC) Sao Paulo.1996.

⁵³ “Estudio sobre consumo de drogas en Estudiantes” Fundación Venezuela Libre de Drogas. En: “Grupo Interinstitucional para la Investigación del Consumo de Drogas en Venezuela. Algunas investigaciones 1985-1995. Caracas. Empresa el Cojo. 1995.

⁵⁴ Salazar, M. Et al. “Diagnóstico Epidemiológico de Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Universidad Venezolana” CEPRODUC, Universidad de Carabobo, 1994.

En este mismo estudio los resultados de prevalencia del consumo indicaban que de cada cien personas, 7 consumían anfetaminas; 3 clorhidrato; 2 marihuana y una pasta base, inhalantes y alucinógenos.

En **Chile**, según el Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas,⁵⁵ se destaca que el 17% de la población general (12-64 años), han consumido alguna vez en la vida alguna de las tres drogas ilícitas de mayor uso en este país: marihuana (16,77%), clorhidrato de cocaína (4,02%) y pasta base (2,27%).

El consumo en el último año de cualquiera de éstas tres drogas fue del 5,3%, fuertemente influenciado por el consumo de marihuana, la cual de acuerdo a todos los estudios en población general y específica, es con diferencia la droga más consumida en Chile.

Los que habían consumido, al menos una de las tres drogas ilícitas mencionadas, en el mes anterior a la aplicación de la encuesta, alcanzaron al 2,23% de la población general.

Bolivia, a partir de los datos disponibles⁵⁶, parece tener uno de los consumos más bajos de América Latina, aun cuando reporta un consumo elevado de inhalantes.

Argentina y Uruguay los veremos seguidamente; de otros países como **Paraguay**, no se ha podido acceder a estudios sistemáticos, pero con los datos disponibles creemos ofrecer una visión global de la situación en Latinoamérica.

1.2. Las políticas asistenciales

En Latinoamérica se evidencia como cuestión determinante una mayor preocupación por los aspectos relacionados con la producción y el tráfico,

⁵⁵ Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile” Secretaría Ejecutiva del CONACE, 1999

⁵⁶ ROTH, E.; Jung, JE “Panorama Actual de la Prevención del Consumo de Drogas en Bolivia” La Paz. CIEC/Development. Associates. 1995.

priorizando la represión como respuesta. (analizaremos esta cuestión con detenimiento.)

En cuanto a la oferta asistencial, el modelo hegemónico es el basado en la abstinencia, con los “Programas Libres de Drogas” (CT) como única oferta real de servicios.

Con muchas dificultades socio-políticas los programas de Reducción de Daños, se iniciaron a finales de la década de los 80 y bajo el enfoque promocionado por la Organización Mundial de la Salud de Minimización de Riesgos y asociado sobre todo a la prevención del VIH/SIDA en los CVI.

El uso intravenoso en Latinoamérica es bajo. Se aprecia un consumo más frecuente en los países del Cono Sur y sobre todo en Brasil, Argentina y el Sur de Chile, donde se reportan consumos de clorhidrato de cocaína preocupantes.

2. HIV/SIDA en las Américas

Las epidemias de la infección del VIH/SIDA siguen representando un grave problema de salud pública en la región de las Américas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), calcula que 1,6 millones de personas viven con la infección en América Latina y el Caribe, y cerca de un millón en Norte América⁵⁷

En 1998, las tasas de prevalencia en adultos, se estimaban alrededor del 0,57% en América Latina y de 1,96% en el Caribe, tasa esta última sólo superada por las del Africa Subsahariana, que es la región más afectada del mundo.

⁵⁷ “Sida e infecciones de Transmisión Sexual en las Américas” Rev. Panamericana de Salud Pública. Vol.6, nº3. Sep. 1999.

Respecto al número de infectados según el boletín de Vigilancia de SIDA en las Américas⁵⁸, Brasil tiene 550.000 casos, México 200.000 y Argentina 14.974 casos.

En los diferentes países se han dado velocidades distintas en la evolución de la epidemia del SIDA de acuerdo a la vía de transmisión. En el caso de **Argentina** entre los años 1987 y 1997, los casos que tenían como factor de riesgo la droga por vía endovenosa, se multiplicaron por 64⁵⁹.

En **Chile** se observa en los últimos años un aumento lento pero progresivo, tanto de los casos de SIDA como en los de VIH. En el período 1985-1990 la drogadicción intravenosa era responsable del 36% de los casos infectados por vía sanguínea, mientras que en los años 1991-1997 esta cifra alcanzó el 83%⁶⁰.

Colombia reporta un número muy bajo de infectados por uso endovenoso de sustancias psicoactivas, 15 casos registrados⁶¹ En general el uso de drogas por vía endovenosa en los países que ocupan la parte norte de Latinoamérica es todavía muy bajo; con excepción de **Panamá, Puerto Rico y México** que han adoptado este patrón de consumo facilitando la expansión de la epidemia del VIH/DIDA.

En países como Ecuador, Perú y Colombia es la pasta base, la sustancia que más deterioro biosocial está causando. En este tipo de usuarios la grave adicción, la alta marginación social y automarginación que esta sustancia produce, unido a una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual y de tuberculosis pulmonar, están haciendo pensar a algunos expertos sobre la posibilidad de desarrollar estrategias de Reducción de Daños, en contextos diferentes al consumo de heroína y la transmisión del VIH/SIDA en usuarios por vía parenteral.

⁵⁸ CALENTANO, A. Et al. "Mujer, Prostitución y VIH/SIDA" Facultad de CC Políticas. U. De Rosario, 1999.

⁵⁹ "Perfil Epidemiológico en la R. Argentina. 1988-1998" Boletín sobre SIDA. M. De Salud y A. Social. Buenos Aires, 1998.

⁶⁰ "Boletín epidemiológico trimestral" CONASIDA M. De Salud de Chile. Sep. 1997.

3. Reducción de Daños

El desarrollo de la Reducción de Daños en América Latina, ha pesar de haber experimentado un desarrollado importante, se encuentra limitada por los graves problemas sociales y de distribución de los ingresos y la riqueza que se vive en la región.

A pesar de esta situación se vienen desarrollando esfuerzos preventivos y está creciendo la puesta en marcha de estrategias de Reducción de Daños en América Latina. Las primeras experiencias de Reducción de Daños se desarrollaron en **Brasil**, en Santos en 1989. En 1993, el Instituto de Estudios e Investigación en SIDA de Santos (IEPAS) inició el primer programa de distribución de hipoclorito de sodio y el primer trabajo de calle en el país.

Actualmente, hay 14 programas de reducción de daños en Brasil, concentrados en 7 estados prioritarios, que incluyen intercambio de jeringuillas y otros servicios. En marzo de 1998, se promulgó en el estado de San Pablo, la primera ley latinoamericana que regula los programas de intercambio de jeringuillas como medida de prevención del VIH/SIDA. En 1997, se fundó la Asociación Brasileña de Reductores de Daños (ABORDA) y en octubre de 1998, la Red Brasileña de Reducción de Daños.

En 1995 comenzó en **Salvador**, en el estado de Bahía, el primer programa de intercambio de jeringuillas.

En **Argentina**, se inició en 1993 un programa de prevención del SIDA en usuarios de drogas, desarrollado por el equipo que fundó la Asociación Intercambio en 1995. Desde 1998, esta ONG lleva adelante un programa con base en las farmacias e intervenciones de reducción de daños de usuarios de drogas de Buenos Aires, con el apoyo del Ministerio de Salud y del **ONUSIDA** respectivamente. También se están desarrollando acciones de reducción de daños en la ciudad de Rosario.

⁶¹ “Programa VIH/SIDA” Ministerio de Salud. Colombia, Junio 1998.

El **ONUSIDA** ha apoyado tres proyectos de investigación que incluyen la perspectiva de reducción de daños, realizados en Argentina, Paraguay y Uruguay⁶² y está a punto de iniciarse el proyecto regional “Prevención de la infección por VIH en usuarios de drogas inyectables en el Cono Sur”.

En agosto de 1998, se creó la Red **Boliviana** de Reducción de Daños, la que apoya el “Museo de la Coca” en la Paz.

La Resolución de la Ciudad de Medellín, documento firmado en **Colombia** en 1996, tras la Primera Cumbre Internacional “Las Grandes Ciudades y los Planes sobre Drogas”, fue la primera vez que se habló de Reducción de Daños.

En Junio de 1998, una Resolución emitida por el Ministerio de Salud Colombiano y mediante la cual se determina la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 2358 de Junio de 1998) incluye propuestas desde la Salud para la Reducción del Riesgo. En este mismo país, la Fundación Granjas Comunitarias Santa Teresa de la ciudad de Medellín, viene desarrollando desde 1988 acciones de reducción de daños entre usuarios de drogas que viven en la calle.

En México, la ONG “Compañeros”; desarrolla trabajo en la calle y distribuye materiales educativos y preventivos.

En enero de 1998, representantes de organismos gubernamentales y no gubernamentales de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Paraguay y Uruguay, se reunieron en la ciudad de San Pablo y decidieron crear la Red Latinoamericana de Reducción de Daños (RELARD).

La RELARD tiene como finalidad promover acciones de Reducción de Daños asociados al uso de drogas, con prioridad en la prevención de la

⁶² “Investigación sobre la Prevención del SIDA en Usuarios de Drogas” Grupo Temático ONUSIDA Argentina; “Reducción del Riesgo de Transmisión del VIH en Poblaciones Vulnerables” Grupo Temático ONUSIDA Paraguay; “Relación SIDA y Drogas: Diagnóstico y propuestas” Grupo Temático ONUSIDA Uruguay.

transmisión del VIH/SIDA, dentro de una propuesta centrada en los marcos de la Salud Pública, los Derechos Humanos y de la Ciudadanía en América Latina.

Desde su creación, la RELARD ha alentado los nexos entre investigación e intervención y ha promovido la cooperación en la región y con otras regiones. Ha diseminado información útil para los investigadores y los trabajadores de campo mediante su boletín, publicado en tres idiomas (español, portugués e inglés).⁶³

En marzo de 1998, tuvo lugar en la ciudad de San Pablo (Brasil), la 9va. Conferencia Internacional de Reducción de Daños, la primera realizada en territorio latinoamericano. Este importante evento dio un impulso significativo al debate sobre esta temática en la región.

4. Situación por países

4.1. Argentina

Tomaremos como referencia la Provincia de Buenos Aires (15.000.000 de habitantes. 45% de la población de Argentina)⁶⁴

La Provincia tiene una situación de alto riesgo debido a:

- La situación de la Argentina rodeada de países productores de drogas (Bolivia, Paraguay, Brasil), en contacto estrecho con otros países productores (Perú, Colombia, Ecuador, México); todo esto agravado por una amplia frontera terrestre de más de 3.000 Km y un amplio litoral fluvial comunicado con la mayoría de los países productores y un gran litoral marítimo con puestos de aguas profundas que lo transforman en país de tránsito además de país consumidor.

⁶³ Su página Web (www.irha.net/relard)

⁶⁴ “Entrevista a Juan Alberto Yaría” Rev. “Intercambio” FAD. N°4. Junio 1999.

- La peculiar constitución geográfica de la Provincia que tiene alrededor de 15.000.000 de habitantes (45% de la población total de la Argentina) concentrados casi 9.000.000 de ellos en un perímetro pequeño llamado conurbano en donde se agrupan 25 municipios de los 134 que componen la Provincia de Buenos Aires.

4.1.1. Consumo

En un estudio realizado sobre una población de unos 10.000.000 (mayores de 14 años) los resultados son estos:

Marihuana

Contacto: **1997 (9,9%) 1999 (12,36%) Aumenta**

Consumo: **1997 (1,40%) 1999 (2,37%) Aumenta**

Inhalantes

Contacto: **1997 (2,20%) 1999 (3,03%) Aumenta**

Consumo: **1997 (0,40%) 1999 (0,63%) Aumenta**

Tranquilizantes

Contacto: **1997 (9,80%) 1999 (5,67) Desciende**

Consumo: **1997 (1,70%) 1999 (1,20%) Desciende**

Cocaína

Contacto: **1997 (4,30%) 1999 (4,90%) Aumenta**

Consumo: **1997 (0,70%) 1999 (1,19%) Aumenta**

Alucinógenos

Contacto: **1997 (1,60%) 1999 (1,45%) Desciende**

Consumo: **1997** (0,20%) **1999** (0,28%) **Desciende**

Heroína

Contacto: **1997** (0,40%) **1999** (0,52%) **Aumenta**

Consumo: **1997** (0,10%) **1999** (0,12%) **Aumenta**

Éxtasis

Contacto: **1997** (0,60%) **1999** (0,60%) **Estable**

Consumo: **1997** (0,10%) **1999** (0,10%) **Estable**

4.1.2. Uso intravenoso de cocaína en Argentina

La evolución del consumo, hasta la vía intravenosa, pasa por unos niveles de iniciación o espiral de consumo. En Argentina, como en la mayor parte de las regiones del Planeta, en el **primer nivel** se comienza utilizando como sustancia psicoactiva el alcohol. La manipulación, por medio del alcohol, del estado de ánimo y del comportamiento, se presenta como un modelo de adaptación social que parte de reducir o anular la expresión emocional de los conflictos.

“Esta situación, desde lo individual y desde el medio cultural, encontró refuerzo desde el propio mercado de bebidas alcohólicas donde abundan las referencias explícitas al grupo de menores de edad como un segmento económico definido dentro del mercado de la cerveza por parte de las agencias de publicidad de productores y distribuidores” (Hugo A. Míguez, 1998)⁶⁵

Estos datos son significativos si se considera que en relación con el abuso de drogas vía intravenosa, no se encontraron referencias de casos que hubiesen

⁶⁵ MIGUEZ, H.A. “Uso intravenoso de la cocaína en Argentina” Acta Psiquiát Psicol Am lat. 44 (1) 41-49.1998

llegado al uso de drogas inyectadas sin haber pasado antes por el abuso alcohólico.

En un **segundo nivel**, se hallan indicios de la iniciación con psicofármacos mezclados con alcohol, el uso de pegamentos y la aparición de las primeras sustancias ilegales, como es el caso de la marihuana y la cocaína.

Comenta un vecino de la Provincia de Santa Fe: *“Los chicos comienzan a los 9 años con la bolsita y siguen después a los 14 con la marihuana. También con la cocaína. La utilizan mezclada con la cerveza o el tetra (vino). Los ves a la mañana, a la tarde, a cualquier hora. Es como que el barrio se fue encerrando en sí mismo y ya no los ve. Antes era un grupito y todo el mundo protestaba, ahora son muchos pibes y nadie dice nada. El barrio ya no reacciona ante esto”*⁶⁶

En este nivel, casi la totalidad de los drogadictos intravenosos consultados,⁶⁷ adoptó la cocaína aspirada como droga eje sobre las que van a girar todas las demás. Este consumo se relaciona con un importante mercado ilegal que dentro de algunas zonas de pobreza constituye una de las pocas alternativas de ingreso, dando lugar a una importante red de usuarios y vendedores locales.

En un **tercer nivel**, nos encontramos con el hecho de que todos los entrevistados, valoran el uso intravenoso como un cambio definitivo y sin retorno con los niveles anteriores. Su inicio es referido como una búsqueda de mayores sensaciones y como un salto hacia lo que se visualiza como los grupos “más duros” en materia de drogas. Una vez experimentada la primera sensación de “flash”, la búsqueda del joven se redujo exclusivamente a la compulsión irrefrenable de sentirlo nuevamente.

⁶⁶ *Ibidem*

⁶⁷ “Patrones socioculturales del abuso de drogas intravenoso” Investigación realizada por la Fundación Proyecto de Vida con el subsidio del Proyecto de Prevención del programa de VIH/SIDA de la Comunidad Europea y la Agencia de Cooperación Técnica Alemana Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit GTZ GmbH.

“...El flash es una explosión en la cabeza, una electricidad que es más fuerte que uno. Yo creo que en algún momento se me ocurrió pensar que lo sentía como orgasmos. Era como masturbarme, algo que me provocaba placer a mí mismo, yo conmigo, con mis brazos, con mis venas, era placer...”⁶⁸

Así la sexualidad desaparece y la pareja, cuando se mantiene, se transforma en una asociación que cumple con ayudarse mutuamente, en inyectarse o en controlar las situaciones de riesgo.

En la mayoría de los casos el alcohol fue un facilitador de la iniciación, venciendo el miedo de los entrevistados a inyectarse, siendo también la sustancia para controlar los efectos estimulantes de la cocaína.

El uso de múltiples sustancias suele ser mal comprendido como una politoxicología indiscriminada cuando en realidad siempre hay una sustancia elegida (en este caso la cocaína) y el resto tiene la función de paliar el malestar que acarrea su privación o de continuar o aumentar sus efectos.

4.1.3. VIH/SIDA

Si bien desde el primer nivel comienzan los riesgos de la infección con el VIH, como es el caso de las situaciones de abuso de alcohol y el intercambio sexual, es en este nivel donde se presenta la problemática del contagio a consecuencia de intercambiarse el equipo de inyección. Esto como resultado no sólo de las situaciones de descontrol durante la inyección sino también por las dificultades en conseguir agujas y jeringuillas.

“...lo que pasa es que es un problema conseguir una jeringa, porque no te la quieren vender en la farmacia. Así que fuimos ahí (a la plaza donde se inyectaban los muchachos mayores) y encontramos una tirada. Fuimos a limpiarla y creo que esa fue la vez que me contagié.”⁶⁹

⁶⁸ Ibídem.

⁶⁹ Ibídem..

Las urbanizaciones de la pobreza con intrincados corredores y laberínticos pasadizos, con olas de niños y jóvenes expulsados por el hacinamiento a la calle, con fuertes niveles de desocupación y de violencia, son usados frecuentemente como refugio para el uso intravenoso al quedar por fuera de la vigilancia policial que está limitada a procedimientos masivos y esporádicos fácilmente anticipables.

Una compleja red protege a los grupos que participan de la venta y el consumo en la economía ilegal, que abarca desde aquellos que reclutan gente para los actos públicos hasta grupos deportivos que lo hacen para negociar en los estadios y en la calle.

4.2. Chile⁷⁰

En Chile han despertado gran preocupación las cifras vinculadas al consumo más que otras dimensiones del problema. Es así como se ha generado gran controversia después de darse a conocer, a través de estudios realizados por organismos estatales, que aproximadamente 800.000 chilenos alguna vez habrían probado sustancias psicoactivas (marihuana, clorhidrato de cocaína y pasta base), y que una cifra cercana a los 50.000 dependían de este consumo.

No obstante, según Oviedo⁷¹, el consumo de drogas sigue siendo un tema tabú dentro de la sociedad chilena, cabe decir, un tema que se toca con temor, que molesta, y que mueve a la represión o a la total complacencia.

4.2.1. La producción como problema rural, y la distribución y el consumo como problema urbano.

La droga se produce en escenarios rurales (siendo posible hablar allí de un fuerte impacto ecológico), pero los conflictos sociales y la violencia

⁷⁰ HOPENHAYN, M. "Grieta de las drogas: Factores de contexto en el consumo (...)" Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Ed. Naciones Unidas, New York, 1997.

⁷¹ OVIEDO, Enrique "Grieta de las drogas: Alteración de la sociabilidad por efecto (...)" Naciones Unidas, New York, 1997

delictiva, derivada de la distribución y consumo, pertenecen a escenarios urbanos. Precisamente, es en las ciudades donde el problema de la droga adquiere mayor relevancia. Esto no es de extrañar, ya que mientras en América Latina en 1950 sólo un 41% de la población vivía en ciudades, en 1990 era un 72%. Para el año 2000 se espera que sea un 77%. Con ello se alcanza el mayor nivel de urbanización del mundo.

En Chile, los efectos de la droga en la ciudad se manifiestan en todo el territorio. Las cantidades distribuidas son importantes en las ciudades cercanas a las fronteras de Perú y Bolivia (Arica, Iquique), pero también es significativo el impacto en las ciudades de gran tamaño y desarrollo (Santiago), como en las ciudades turísticas (La Serena y Temuco)

4.2.2. Consumo

Utilizaremos los datos obtenidos por el Segundo y Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile, realizados en 1995 y 1998-99 respectivamente, por la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de Estupefacientes (CONACE) dependiente del Ministerio del Interior.

El uso de drogas se ha generalizado en todos los estratos sociales de la sociedad. No obstante, mientras la pasta base es consumida por los estratos bajos, en los estratos altos se consume cocaína en polvo (clorhidrato)

La droga compromete a personas de distintas edades y profesiones. En algunos grupos sociales el consumo de drogas constituye una conducta socialmente aceptada.

La edad de inicio en el consumo ha descendido bruscamente, registrándose casos de menores del nivel escolar básico, que son consumidores de pasta base y cocaína.

Ha habido un aumento de la organización de bandas organizadas vinculadas a la droga, dada la alta rentabilidad que ésta origina. La droga se ha

constituido como una solución económica para muchas familias y signo de bonanza económica, pero paradójicamente ha traído el quiebre o la pérdida de la familia, sobre todo en sus miembros más jóvenes. Al respecto valga el siguiente testimonio de un traficante:

“De los 50 años que tengo, he pasado más de 20 en la cárcel, haciendo distintas condenas, entonces uno al final entra a cabrearse, cansarse, uno se empieza a poner más viejo, tiene más fuerzas, ya no tiene las mismas ganas y corazón de hacer tanta locura” Este hombre mira el tráfico como una alternativa más tranquila, una alternativa... habla de su tranquilidad, habla de la familia; es muy interesante ver las expectativas que tiene: “Yo creo que mi aporte más grande ha sido mi familia, mi señora especialmente; cuando tenemos problemas, los cabros también atinan y tratan de ayudar con lo que ellos puedan. Yo quiero que ellos estudien, que tengan una carrera, que no sufran lo que yo he sufrido, pero parece que la vida se repite; porque mis hijos, igual están, cagados, el mayor tiene antecedentes, está perdido en la pasta base, yo creo que ese es mi castigo con vender, yo sé el daño que le hago a otro y todos los días le pido perdón a Dios, todos los domingos nosotros vamos a dejar velas a la iglesia y le pedimos perdón al Señor, pa que él nos comprenda, él va a ser quién nos juzgue al final, pero yo confío en que no puede ser tan malo, al final de todo a uno le tocó”⁷²

El Estudio de 1995 reporta, el 13,4% de la población chilena que vive en ciudades de 50.000 y más habitantes ha consumido drogas alguna vez en la vida⁷³, y al 4,5% lo ha hecho en el último año, considerando cualquiera de las tres drogas ilegales que se consumen en el país (marihuana, pasta base y clorhidrato de cocaína). En estas tasas globales de consumo se incluye la incidencia de consumo de marihuana (2,2%), de pasta base (0,5%) y de

⁷² Cita de una entrevista de un estudio inédito sobre la droga, intervención de un asistente al seminario de Postgrado de SUR, Centro de Estudios Sociales y Educación, Santiago, 19949.

clorhidrato de cocaína (0,6%), que representan a 135.000, 33.200 y 36.000 casos nuevos de consumo en el último año. También incluye a 44.600 personas que ha desarrollado dependencia a la marihuana, 9.900 que son dependientes de la pasta base y 7.500 que lo son del clorhidrato de cocaína, de acuerdo a los criterios internacionales para el diagnóstico de enfermedades.

La misma muestra ofrece que hay una prevalencia de vida 0,7%, de 0,18% en el último año y de 0,006% en el último mes de consumo de solventes volátiles, una prevalencia de consumo de alcohol, en el último mes de 40% (y un 24% de “bebedores problema”).

El consumo de tranquilizantes observado en el último año alcanzó al 6,2% y al 2,88% en el último mes. Mayor que el consumo de anfetamina cuya prevalencia de vida es 4,7%, con una incidencia de 0,23% en el último mes.

El consumo de drogas en Chile es mayor es en el sexo masculino (tres veces mayor en el caso de cualquiera de las tres drogas ilegales que se consumen en el país), entre los 19 y 34 años (el 43% de los que han consumido marihuana, pasta base o clorhidrato de cocaína alguna vez en la vida), y en el nivel socioeconómico alto (para estas mismas drogas ilegales consumidas como prevalencia de vida). Los consumos ocurridos en el último año, aparecen asociados con mayor fuerza a los solteros y viudos; a los que tienen estudios superiores; a los que han estado hospitalizados por problemas emocionales y que han estado en tratamiento por estos problemas; a los que han sido detenidos por los servicios policiales; a los que tienen una familia pequeña (hasta dos personas); a los que tienen una familia de “calidad regular” (según puntuación APGAR familiar); a los que conocen pocas o muchas personas donde estudian, o trabajan, que consumen drogas; y a los que tienen familiares que consumen drogas.

⁷³ Muestra realizada por la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes (CONACE) en el año 1995. El universo estudiado fueron 8.271 entre los 12 y los 64 años que representan a 6.186.528 (80%) chilenos de ambos sexos que viven en zonas urbanas.

En el Estudio de 1998-99 observamos como las prevalencias del consumo se han disparado en las tres drogas básicas, sobre todo en el consumo de marihuana.

Respecto a la población en general, pasamos del 13,4% de 1995 al 17% de chilenos que en 1998-99 habían consumido alguna de las tres droga ilícitas de mayor uso en el país: el consumo de marihuana sube al (16,77%); el de pasta base se eleva al (2,27%) y el de clorhidrato de cocaína asciende al (4,02%).

El consumo en el último año de cualquiera de estas drogas fue de 5,3%, fuertemente influenciado por el consumo de marihuana, la cual de acuerdo a todos los estudios en población general y específica, es de lejos la droga ilícita más consumida en Chile.

Los que habían consumido al menos una de las tres drogas ilícitas estudiadas en el mes anterior a la aplicación de la encuesta, alcanzaron el 2,23%; es decir, 2 de cada cien chilenos.

4.2.2.1. Grupos específicos

Los encuestados muestran un alto grado de conciencia acerca de las consecuencias negativas que tiene el consumo de drogas; consideran al consumidor de drogas como una persona enferma, irresponsable, desordenada, violenta, indiferente o rebelde y delincuente; declaran que es relativamente fácil conseguir drogas; que los resultados de las campañas preventivas realizadas son buenos o muy buenos; y que la acción policial contra el tráfico de drogas es buena o muy buena.

El consumo de cualquiera de las tres drogas ilegales utilizadas en Chile, considerando a los que lo hicieron durante el último año, es mayor en aquellos que ni trabajan ni estudian (pero pertenecen a clase acomodada); que tienen trabajo a tiempo parcial o esporádico o que estudian (y en los que tienen estudios superiores); en las zonas geográficas del Norte Chico y

Metropolitana y en las ciudades de más de 500.000 habitantes, en los que han iniciado sus relaciones antes de los 12 años y en los que han tenido una mayor cantidad de parejas en el último año y en los que declaran que la mitad o más de sus amigos consumen drogas.

El uso de solventes volátiles en el último mes es mayor en las mujeres menores de 12 años y en los hombre de 12 a 18 años.

El consumo de tranquilizantes es mayor en los niveles socioeconómicos alto y medio-alto.

La edad de inicio de consumo de pasta base es mayor entre 19 y 25 años para mujeres y hombres. Entre los 19 y 25 años en los hombres y entre los 12 y 18 años en las mujeres en el caso de consumo de cocaína; y entre los 12 y 18 años en el caso del consumo de marihuana; entre los 12 y 18 años en el caso del consumo de tabaco y alcohol (en todos los niveles socioeconómicos); y entre los 26 y 64 años en el caso de consumo de tranquilizantes.

De estos datos, podemos deducir que, menos para el consumo de tranquilizantes, las mujeres inician antes el consumo y los abandonan antes que los hombres.

- Prevalencia de consumo vida de la tres principales drogas ilegales (marihuana, pasta base y cocaína) según sexo (%) (1995)

SEXO	PERSONAS	%
HOMBRES	594.308	20.63
MUJERES	235.940	7.14
TOTAL	830.249	13.42

Según estos datos se puede decir que uno de cada ocho chilenos de entre 12 y 64 años de edad ha consumido una o más de las drogas indicadas.

- Prevalencia de consumo de vida de las tres principales drogas ilegales según edad (grupos de edades) (1995)

Grupo de edad	Personas	%
12-18	100.677	9.43
19-25	274.471	22.23
26-34	289.016	20.85
35-44	124.488	11.64
45-64	41.596	2.91
TOTAL	830.248	13.42

Los datos sugieren que los esfuerzos preventivos deben ser orientados al primer tramo de edad considerado (12-18 años) y aún antes, con el fin de eliminar (o al menos postergar) el primer consumo de estas drogas ilegales.

Las mayores frecuencias en cuanto a prevalencia de vida para las drogas ilegales consideradas, se observan en los tramos 19-25 y 26-34 años de edad; con porcentajes de 21.31 y 19.93% para la marihuana; 3.17 y 3.54%, para la pasta base; y 4.88 y 3.73% para la cocaína.

- Prevalencia de consumo vida según sexo y tipo de drogas (1995)

DROGA	HOMBRES	MUJERES
MARIHUANA	20.04	6.59
PASTA BASE	3.27	0.86
COCAINA	4.35	0.66

- **Prevalencia de consumo de vida de las principales drogas ilegales según nivel socioeconómico (1995)**

Nivel Socioeconómico	Personas	%
ALTO	68.461	21.11
MEDIO ALTO	150.620	15.35
MEDIO	311.030	13.10
MEDIO BAJO	271.334	12.00
BAJO	28.803	11.73
TOTAL	830.248	13.42

Considerando la prevalencia de vida de las tres principales drogas ilegales en conjunto, se puede observar que, en términos de proporción de población consumidora, existe una relación directa entre el Nivel Socioeconómico y el consumo. El porcentaje de población consumidora aumenta sistemáticamente a medida que ascendemos en la escala de estratificación social. Las frecuencias de este consumo “alguna vez en la vida”, de marihuana, pasta base o cocaína van disminuyendo desde un 21.11% en el nivel socioeconómico “alto” a un 15.35% en el nivel socioeconómico “medio-alto” y levemente, hasta un 11.73% en el nivel socioeconómico “bajo”.

Los datos revelan que la prevalencia de vida para estas drogas ilegales, atraviesa todos los grupos socioeconómicos de la población del país, al mismo tiempo que atacan la creencia que atribuye el problema de la droga a los grupos de población más desfavorecidos.

- **Tipo de droga consumida según nivel socioeconómico (1995)**

En el caso de la **marihuana** se incrementa el consumo según subimos de nivel socioeconómico; pasando del **21.11%** del “Alto” al **10.09%** del

“Bajo”. En el caso de la **cocaína** la tendencia es similar, se aprecian porcentajes de consumo mayores en los estratos altos que en los bajos, **3.24%** en el nivel **“Alto”**, hasta el **0.94%** en el nivel **“Bajo”**. Con la **pasta base**, sucede lo contrario, los mayores porcentajes de consumo se observan en los grupos **“Bajo”** y **“Medio-bajo”** con **3.16** y **2.26%** respectivamente, frente al **2.11%** del nivel **“Alto”**.

Es destacable comprobar que cuando observamos la prevalencia del último mes antes de la muestra; es decir, el consumo potencialmente adictivo, encontramos el mayor nivel de consumo en el nivel **“Bajo”**, seguido del **“Alto”**, apareciendo los niveles medios de la sociedad como los que menos consumo problemático desarrollan. **“Alto” (3.16%)**, **”Medio-alto” (1.98%)**, **“Medio” (2.44%)**, **“Medio Bajo” (1.17%)**, **“Bajo” (4.48%)**.

- Prevalencia de vida de consumo de solventes volátiles según grupos de edades. (1995)

Grupos de Edad	%
12-18	1.18
19-25	1.12
26-34	1.06
35-44	0.27
45-64	0.10
TOTAL	0.73

Respecto a la prevalencia de consumo de solventes volátiles según edad, se puede apreciar que ésta es mayor en el grupo de edad de 12 a 18 años. Esto confirma otros informes donde se apunta la misma tendencia. Reiterando lo señalado anteriormente, parece necesario abordar el problema de consumo de solventes específicamente sobre población infantil, que incluya grupos de edades menores que los considerados en el grupo de máximo consumo.

Respecto a su uso y la relación que guarda con el nivel socioeconómico, encontramos que se refleja el mayor porcentaje de consumo para los niveles mas deprimidos.

4.3. Uruguay

El Uruguay presenta las siguientes características que explican la economía y el consumo de drogas ilícitas en su territorio.⁷⁴

Posee un mercado relativamente pequeño de consumo debido a que su población total es de 3.150.000 habitantes.

Esa población residente, no sólo es pequeña sino que creció solamente en un 7% desde 1985 a 1996 (algo más del 0,5% anual acumulativo)

En esa población residente, relativamente escasa y apenas creciente, disminuyen los menores de 60 años y aumenta el envejecimiento de la pirámide poblacional, como también la proporción de mujeres en la población. Piénsese que en toda estadística nacional de consumo de drogas la población de edad avanzada y la femenina muestra índices inferiores al promedio.

La concentración urbana de la población supera el 85% y la capital (Montevideo), reúne al 42% de la misma.

De 1985 a 1996 la población transeúnte o visitante aumentó un 210% frente a un 7% de la residente (30 veces más).

Estos factores concurren para hacer de Uruguay un país que en materia de drogas presenta los siguientes rasgos:

Se trata de un país más de tránsito que de tráfico y consumo de productos finales, intermedios, “precursores” químicos y materias primas.

⁷⁴ CEPAL. Rafael Bayce, Doctor en sociología de la Universidad de Chicago, profesor de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Últimamente parece haberse incentivado el uso de los aeropuertos y puertos uruguayos como ruta alternativa (circunstancial o no) para el tránsito de drogas ilícitas en forma de producto final.

El comercio y consumo final implica las siguientes sustancias: inhalantes, marihuana y cocaína, algo de hachís y ácido lisérgico en pequeña cantidad en la región Costa Sur, y algo de “éxtasis”, en verano, en la Costa Este.

Financieramente, más que financiación de cultivos, industrialización y comercio de sustancias, el país parece apto para el lavado de dinero proveniente de actividades ilícitas vinculadas al comercio de drogas.

No se han detectado en el Uruguay carteles organizados, ni mafias notorias, ni ejércitos clandestinos, ni “narco-guerrilla”, ni “narco-contrainsurgencia”, ni criminalidad ligada a alguna fase del ciclo de las sustancias, ni unida coyunturalmente a etnias, razas, grupos religiosos o políticos.

Según el Doctor Rafael Bayce, el país cuenta con un consumo apreciable de drogas ilícitas, aunque magnificado y dramatizado por las instituciones.

Con todo, la influencia del ciclo de las drogas ilícitas no es básicamente determinante en la frecuencia y los porcentajes de mortalidad o accidentes. Los “estupefacientes” originan el 0,42% de las intervenciones policiales sobre las personas (1994); el 3,68% de los procesados (1994), y aproximadamente el 5,5% de la población reclusa (1995). El consumo de drogas ilícitas se estima en una cantidad 200 veces menor que el de alcohol y tabaco. Siendo el Uruguay el séptimo país del mundo en consumo de sustancias psicotrópicas de prescripción médica, y el cuarto en consumo per cápita de tranquilizantes bajo receta.

En síntesis, salvo por fenómenos vinculados al tránsito y lavado de dinero, el Uruguay no presenta una expansión grave de problemas de drogas ilícitas, ni de sus efectos y consecuencias.

4.3.1. La prohibición y el aumento del consumo en Uruguay

Según Rafael Bayce, la Ley especial de estupefacientes que rige desde 1974, se convierte en la realidad en una persecución policial con cierto aval de la justicia.

Una primera consecuencia que considerar es el esperable aumento del consumo. La prohibición funciona en muchos casos como un atractivo adicional, sobre todo entre los jóvenes, adolescentes y pre-adolescentes. La rígida prohibición y la persecución, hacen de las drogas ilícitas y de todo lo condenado por los socializadores infantiles, un posible objeto de deseo. Las magnificadas fábulas sobre el peligro, el riesgo y la muerte envueltos en la mitología social sobre el tema, funcionan como un atractivo más en ese romanticismo lúdico y hedonista que domina en el escenario valorativo de la sociedad urbana de consumo del Uruguay.

Este funcionamiento es más claro aún en el caso de personas marginadas de los niveles de ingreso, poder, prestigio y consumo, que determinan culturalmente los objetos de deseo interiorizados. Entonces, las personas, sintiendo cada vez más su heteronomía y percibiendo también un creciente abismo entre sus realidades y la probabilidad de alcanzar los ideales interiorizados, acuden a otros sistemas de valores como esquemas de referencia para construir su autoestima. Al sentirse nuevamente rechazados al interior de sus grupos de pertenencia, edifican su convivencia apartándose de ellos y de sus valores, acudiendo a nuevos grupos de pertenencia, con otros valores y otros modelos de rol.

La adhesión a lo prohibido y al riesgo adquiere así prestigio propio como sistema de valores alternativo, código semántico de referencia, origen de grupos de pertenencia alternativos, potencialidad de conversión de la propia subcultura en contracultura, y canal de movilidad individual y social, dentro de ese micro-mundo interno frente al inalcanzable y hostil macro-mundo externo.

La prohibición resulta ser, entonces, una forma ideal de articulación de la rebeldía inherente al proceso preadolescente y juvenil de construcción de identidad, dentro de la sociedad de consumo urbana de corte occidental uruguaya. “Contribuyen eficazmente a ello todas las publicaciones sobre el valor de las sustancias, volumen de las incautaciones y las ficciones cinematográficas y televisivas sobre las luchas policiales contra consumidores, traficantes y distribuidores-vendedores, en que los “malos” son épica y hedonísticamente presentados, rodeados del mayor lujo, placer y *adrenalinica* actividad cotidiana”.(R. Bayce, 1997)

Así, la “guerra contra las drogas”, la “lucha contra el flagelo”, el objetivo de la “erradicación”, terminan siendo así un sofisticado marketing para las drogas dentro de la estructura del proceso de socialización en las actuales urbes inmersas en el capitalismo tardío.

El aumento probable del consumo, derivado del bumerán de la lucha contra el flagelo, no sólo actúa como una acción de marketing eficiente entre los preadolescentes, adolescentes y jóvenes urbanos, sino que se extiende a los mundos rurales en éxodo. También alcanza a la población adulta, ya que la sociedad consumista y hedonista invierte los atractivos de las “edades”, entronizando lo joven, lo adolescente y lo preadolescente como ideal estético, de capacidad de disfrute y de libertad de expresión. Ya no es que los jóvenes quieran ser adultos, sino que todo lo contrario, los adultos quieren ser jóvenes. Actrices, modelos, músicos, personajes del espectáculo, deportistas de la actualidad uruguaya, aspiran a reducir su edad por efecto de los modelos de *rol*.

Lo que de esta realidad se desprende, parece ser que, mientras las drogas ilícitas sean una moda y símbolo cultural generacional, y canal de movilidad económica y social, la demanda y la oferta estarán aseguradas; y los intentos para reprimirlas permanecerán condenados a un fracaso cada vez mas caro y estrepitoso.

Bayce propone que, sólo políticas pragmáticas de reducción de los daños derivados del consumo y de la prohibición, con una fuerte acción progresiva que libere a las drogas de su estigmatización, caracterización delictiva, penalización e institucionalización terapéutica, pueden disminuir quizá el consumo y los daños del mismo, y reducir los perjuicios que se derivan de la prohibición ejecutada como persecución policial y judicial.

Para este autor, lo apuntado tiene repercusiones políticas:

Las luchas contra “flagelos”, que se saben exageradas, estériles y corruptas, terminan legitimando la adopción de medidas de endurecimiento legislativo, judicial y policial que violan derechos humanos, garantías constitucionales y derechos civiles (intimidad, privacidad, libertad de expresión, etc.), y que “exacerban” la represión y el control sociales sin proporcionar soluciones. De ello sólo se benefician ciertas ideologías políticas, los profesionales de esas luchas, algunos elementos del campo cultural llenos de prejuicios, y muchos intermediarios.

Estas luchas constituyen uno de los mecanismos de “relegitimación perversa de los estados y gobiernos en los capitalismos tardíos”, no frenando sino aumentando epidemias como el sida, la delincuencia, la criminalidad juvenil e infantil, los accidentes y catástrofes naturales, y la fascinación bélica como espectáculo estético y “adrenalínico”.

Multiplica la corrupción, como toda prohibición radical lo hace, pero con agravantes: revela la hipocresía e irracionalidad que hay tras estas políticas que corroen el “aura” del mundo político.

Disminuyen los márgenes de soberanía política y cultural de los países frente al modelo prohibicionista, que condiciona préstamos y créditos a un criterio de enfrentamiento que magnifica los problemas y que fracasa en sus objetivos.

Podrían ser calificados, al decir de Alain Joxe, como intentos neoimperiales de intervención disfrazada, mediante los cuales se construyen fantasmas que levantan conflictos de baja intensidad para: legitimar intervenciones “santas”, exorcizar la demanda propia atribuyéndola a la oferta ajena, y desplazar la persecución del lavado originario –de los lugares de la más abundante demanda- hacia los lugares de “lavado secundario” (siendo Uruguay uno de ellos).

“Culturalmente, rebajan el nivel de racionalidad del debate, convirtiendo un problema estrictamente de políticas públicas y solidaridad civil en un objeto de manipulación de integristas éticos, y en una contribución al enfrentamiento entre pequeños grupos psicóticos y “santos”, que son potencialmente letales.” (Bayce, 1997)

Para este autor, el modelo prohibicionista vigente en Uruguay, resulta cada vez más caro, ineficaz e inequitativo, y las consecuencias de su aplicación son devastadoras, resultando el remedio peor que la enfermedad. Por lo mismo, es más necesario que nunca considerar la sustitución de este modelo prohibicionista, de una ética integrista, que penaliza el ciclo de la droga, y que constituye un intervencionismo imperialista indirecto.

“Existen fórmulas alternativas tales como las intentadas en España, en algunos estados norteamericanos, en ciudades como Liverpool, Amsterdam y Zurich, y actualmente en Alemania” (Bayce, 1997).

4.4. Venezuela

Para el Gral. De Brigada de la Comandancia Antidroga de la Guardia Nacional, Orangel Oliveros, Venezuela se encuentra afectada por las drogas en muchas áreas, no sólo en el consumo, sino que debido a su estratégica posición, es un país puente, vecino del mayor productor de cocaína del mundo y propicio para el blanqueo de capitales. “Cuando vemos niños abandonados y que en los cerros cunde el ocio, el pensamiento inmediato es

que esa población tiene una clara tendencia hacia el vicio y eso lo conocen perfectamente las organizaciones que trafican drogas, las cuales les regalan a los niños las sustancias para que se conviertan en adictos y sean ellos quienes luego hagan lo que sea para pagarla y poder consumirla”⁷⁵

4.4.1. Consumo

En el año 1998 la Fundación Venezuela Libre de Drogas ha reportado en cuanto al consumo de drogas, un aumento del mismo en la población de menor edad, 11-12 años. Todos los estratos sociales están reflejados, siendo una de las drogas más consumidas el crack.

En cuanto al tráfico y distribución, la preocupación se orienta a la incidencia que sobre esto pueda tener la precaria situación socio-económica del país, en el sentido que un sector importante de la población se introduzca al tráfico y la distribución como una alternativa para alcanzar recursos económicos rápidos, que de otra manera sería casi imposible conseguir.

4.4.2. Prevención

En opinión de Evelyn Guiralt⁷⁶ (vicepresidente de la Fundación Venezuela Libre de Drogas), se están propiciando en el país encuentros entre las organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales, que atienden el área, con el fin único de poder llegar a acuerdos que permitan un trabajo intersectorial más integrado.

Producto de estos encuentros ha sido el consenso alcanzado en considerar el enfoque de prevención integral, como el más acertado, entendiendo la integralidad como el desarrollo de acciones preventivas específicas y directas sobre problemáticas concretas y la generación de procesos de construcción social, promoción del desarrollo de alternativas individuales, familiares, educativas, laborales y comunitarias.

⁷⁵ Gral. Hernández “www.cyberven.com/alianza/sumario.html

⁷⁶ “INTERCAMBIO” Ed. FAD. N°3; pp.20-21. Diciembre 1998.

Para E. Guiralt, la prevención debe contemplar la puesta en marcha de un conjunto de estrategias que generen condiciones positivas para el desarrollo personal y la convivencia social. Esto implica comprender las acciones que deben ser desarrolladas al nivel de la persona, la escuela, la sociedad, la familia y la comunidad, con el fin de crear habilidades oportunas. Es por ello que es necesario ir más allá de las estrategias puntuales de información y formación y considerar los procesos de intervención social.

El modelo de actuación más aplicado en estos años ha sido el comunitario, desarrollando prácticas sociales alternativas y creando acciones válidas y reales orientadas a variar los factores que hacen posible el surgimiento y afianzamiento de un problema que debilita al individuo y a la sociedad.

La Fundación Venezuela Libre de Drogas desarrolla programas que atienden los ámbitos familiar, comunitario, educativo y laboral. Sus objetivos son desarrollar programas permanentes, didácticos y sencillos, para informar y prevenir sobre los efectos del tráfico y consumo de drogas. La población diana, sería lo integrantes de los ámbitos laborales, educativo, familiar y comunitario.

4.5. Colombia

A partir de la década de los 90 Colombia se caracteriza por poseer una economía ilegal diversificada, que se genera y dinamiza por la presencia de producción, transformación y tráfico de coca, amapola y marihuana. A lo largo de los años 70, Colombia fue conocida mundialmente como un país productor y exportador de marihuana. A fines de esa década y durante los años 80, la imagen colombiana se desplazó a la condición de país procesador de cocaína y, sobre todo, país sede de las principales organizaciones del narcotráfico con capacidad de exportación hacia los mercados consumidores de los Estados Unidos y de Europa. Durante este período, las cifras oficiales sobre producción de coca en Colombia se ubicaron en el rango de las 16.000 y las 35.000 hectáreas, lo que llevó a que el país se situara como el principal

importador de base de coca de Bolivia y el Perú, con el fin de satisfacer una demanda internacional en crecimiento permanente.

4.5.1. Cambios dentro del circuito de las drogas en el mundo

Mientras el mercado de la cocaína en el interior de los Estados Unidos, experimentó a fines de los años 80 una saturación de la oferta que contribuyó a una disminución del precio, llegando a 14.000 dólares/Kilo en 1990, el mercado europeo alcanzó, a partir de ese período, y en el circuito de venta al por mayor de la cocaína, precios que se sitúan entre los 50.000 y los 60.000 dólares/kilo.

“A lo largo de la actual década se produce un estímulo a la oferta por parte del mercado europeo que viene incidiendo significativamente en el tamaño de los cultivos de coca en Colombia. A su vez, las tendencias de disminución de precios en los Estados Unidos se inclinan a revertirse, con recuperaciones estables que los sitúan en promedios de 20.000 dólares/kilo” (Ricardo Vargas M⁷⁷. 1998)

Hacia septiembre de 1995, con la detención de la cúpula del cartel de Cali en Colombia, la región del Alto Huallaga (Perú) experimentó la peor caída de precios dada su alta dependencia de los traficantes de la capital del Valle del Cauca. El hecho generó situaciones de hambruna en la zona, lo cual motivó desplazamientos de campesinos hacia otras regiones. Asimismo, esta caída de precios del Alto Huallaga llevó al auge de los precios de la base de coca en Colombia, que los bajos salarios y las condiciones de producción del Perú contribuían a mantener deprimidos. En efecto, desde fines de 1995 las zonas productoras de Colombia experimentaron un incremento del precio de la base de coca que se mantuvo hasta junio de 1996, situándose en 1200 dólares el kilo, mientras en 1995 estuvo en un promedio de 600 dólares el kilo de base.

⁷⁷ Investigador del Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP), Bogotá, Colombia.

En el caso de la coca peruana, a las enfermedades biológicas habría que agregar los efectos disuasivos, en los traficantes colombianos, de las medidas prohibitivas del gobierno peruano contra el desplazamiento de avionetas en la frontera colombo-peruana, ordenando disparar contra las aeronaves no identificadas.

Un dato a destacar, es la aparición de una demanda de heroína en el interior de los Estados Unidos con características distintas al consumo intravenoso (heroína fumable e inhalable). Ello genera una transformación en los rituales de consumo, lo que contribuye a que esta droga circule por los canales propios de la cocaína, incidiendo en la consiguiente pérdida de “percepción de peligrosidad” tradicionalmente vinculada a la jeringa y la eventual transmisión del VIH. Esta variedad de consumo rompió la estabilización del número de heroinómanos, calculado en 500.000 durante décadas, siendo hoy una de las drogas ilegales que experimenta mayor crecimiento, dentro de la demanda interna. Estas características del nuevo auge de la heroína contribuyeron a que narcotraficantes colombianos tuvieran acceso a una porción del mercado norteamericano de los opiáceos. El incremento de los cultivos de amapola en Colombia se relaciona con este fenómeno.

4.5.2. Pobreza rural: auge de los cultivos ilícitos

El sector agropecuario atraviesa por una grave situación, que se expresa en la escasez de nuevas tecnologías, bajos rendimientos de los principales productos, limitada capacidad de acceso a los créditos por parte del campesinado, y acentuada caída de los precios del café a comienzos de la década de los 90.

En opinión de Ricardo Vargas, los hechos se agravaron con las políticas de internacionalización de la economía, lo que generó una baja capacidad de competencia del sector frente a las importaciones legales e ilegales, todo lo cual se tradujo en una gran inseguridad social reflejada en un incremento de la pobreza absoluta en el campo.

La pobreza rural aumentó del 26 al 31 por ciento, entre 1991 y 1992. La disminución del empleo explica la agudización de la pobreza rural.

4.5.3. Violencia social

Se vive una grave situación de violencia, tanto derivada del conflicto bélico interno como de una violencia social que refleja los niveles de impunidad en el país, que fluctúan entre el 97 y el 99 por ciento. En el caso de una sola región, el Putumayo, la violencia social ha alcanzado cifras de 425 muertes violentas por cada cien mil habitantes, en contraste con zonas de alta conflictividad como Urabá, que arroja 350 por cada cien mil; Colombia mismo como un todo representa índices de 77 muertes violentas por cada cien mil, mientras que países como Francia o Suiza reportan un 5 por cada cien mil.

Cabe mencionar aquí también, la reestructuración silenciosa del grupo de Medellín, que, según R. Vargas, hoy participa de la disminución relativa del monopolio de las drogas del grupo de Cali, junto con grupos regionales de la costa atlántica, los dos Santander, centro del país, centro y norte del Valle del Cauca, Huila-Tolima, Llanos orientales, y otros. En este proceso de nuevas reacomodaciones también participan grupos mexicanos que empiezan a tener influencia como importadores de la materia prima producida en el Perú y Bolivia.

La pérdida relativa de espacio por parte del grupo de Cali ha estado acompañada de hechos de violencia dirigidos contra familiares de los narcotraficantes Rodríguez Orejuela, y contra aliados suyos, en lo que parece haber sido una rebelión y surgimiento de nuevos capos en el norte del Valle del Cauca que pujan por un liderazgo en el control del circuito ilegal de drogas.

4.5.4. Cultivos de amapola

La confluencia de estos fenómenos internos y externos ha contribuido a un auge sin precedentes de los cultivos de amapola en Colombia, situados en el área andina (en la cota de los 1800 a 3000 metros), con una grave afectación de los bosques de páramo donde nacen los principales ríos. Se calcula una extensión que oscila entre las 15000 y las 20000 hectáreas del opiáceo.

4.5.5. Capacidad exportadora

Hacia el mercado de los Estados Unidos, 300 toneladas, con un precio promedio de 20.000 dólares/kilo al por mayor, con lo que se tiene un ingreso de 6000 millones de dólares.

Hacia el mercado europeo, 100 toneladas con un precio promedio de 50.000 dólares/kilo al por mayor, con un ingreso de 5000 millones de dólares.

Hacia otros mercados (África, Asia), 50 toneladas con un precio promedio de 35000 dólares/kilo al por mayor, lo que da un ingreso de 1750 millones de dólares.

Respecto del mercado de la heroína, este alude básicamente a la demanda de los Estados Unidos ya que aún no existen pruebas verosímiles de exportación de heroína colombiana hacia Europa (lo que contrasta con las incautaciones hechas de flujos de opiáceos desde diferentes puntos de Asia hacia Europa oriental y central).

Sobre un cálculo de 15.000 hectáreas de amapola en Colombia, y teniendo en cuenta que cada hectárea produce 6 kilos de látex, reconociendo dos cosechas por año, tendríamos 12 kilos por hectárea, lo que arroja 18.000 kilos por año. La relación de conversión a heroína se calcula en 10 kilos de látex para producir un kilo de heroína, lo que genera un potencial productivo de 18 toneladas de heroína. El precio al por mayor de heroína se calcula en

50.000 dólares/kilo lo que daría finalmente un ingreso de 900 millones de dólares.

Sumados los ingresos de la cocaína, calculados en 12.750 millones de dólares por año, y los de la heroína de 900 millones, se tendría un movimiento de 13 650 millones de dólares. Finalmente, con el aporte de la marihuana calculado en 250 millones, llegaríamos a un total de 13 900 millones de dólares, a los cuales deben restarse costos de aproximadamente un 20 por ciento (2700 millones), lo que representa un ingreso neto de 11.200 millones de dólares. Sin embargo, se sabe que no toda esta suma retorna a la economía colombiana, ya que este mercado sólo puede posibilitar el retorno de cifras cuyo cálculo no está claramente establecido, y que en general se sitúa entre 2 500 y 4 000 millones de dólares.

4.5.6. Compromisos antidrogas

Las fuerzas de seguridad han optado por una estrategia de “guerra a las drogas” que tiene en la mira otro escenario: las regiones con cultivos ilícitos; esto es, la región amazónica, particularmente Guaviare, Caquetá y Putumayo.

En la Amazonia colombiana se dio la colonización agraria de los años 50, como resultado del modelo latifundista que se consolidó expulsando violentamente a masas de campesinos hacia las selvas del Sur. Olvidados por el Estado, y tras continuos fracasos en consolidar sostenibles, los colonos encontraron en la coca el único producto rentable y fácil de comercializar en esa región. A partir de la década de los 90, la superficie coquera colombiana llega a cifras que según los habitantes de estas regiones bordean las 150.000 hectáreas, calculándose una dependencia directa de 300.000 personas de esa economía.

Simultáneamente, estas zonas han estado bajo control de las guerrillas, las cuales perciben ingresos importantes a través de impuestos establecidos a los

cultivadores medianos, a los intermediarios de la cocaína base, a los comerciantes y sobre todo a los laboratorios de cristalización y a las pistas clandestinas de embarque de la cocaína. Estos dineros buscan fortalecer su capacidad logística y de comunicaciones para la guerra.

En este sentido, el Ejército percibe al colono cultivador de coca como un colaborador directo de la guerrilla. Según Vargas, la decisión de enfocar la lucha antidroga combatiendo los cultivos a partir de la tesis de la “narco-guerrilla”, ha tenido como resultado un conjunto de acciones contra los campesinos que habitan estas zonas, con serias violaciones de los derechos humanos (como la quema de residencias y su expulsión violenta de estos territorios, tal como viene sucediendo en el Guaviare desde mediados de 1996).

Es sobre estas zonas donde apuntan los decretos 900 y 717, los cuales crean “zonas especiales” donde el poder civil pierde sus atribuciones constitucionales y las regiones pasan a ser controladas por las fuerzas de seguridad del Estado. Este fue el escenario de las movilizaciones de más de 200.000 colonos y campesinos desde agosto de 1996, a raíz de los atropellos sufridos por los trabajadores del campo y la decisión de acabar radicalmente con el único producto que permite excedentes de utilidades a los colonos de la Amazonia.

Según el mismo autor, el mismo Departamento de Estado reconoció, en el informe sobre derechos humanos de 1996, que “en las confrontaciones resultantes las fuerzas del gobierno, en general y obedeciendo órdenes, no emplearon fuerza mortal. Sin embargo, sí hubo muertes entre los manifestantes causadas por los soldados y se habló de algunos abusos. Investigadores enviados por un consorcio de ONGs atribuyeron 13 muertes al ejército, una a la policía y cuatro a la guerrilla. Enseguida advirtieron que la tasa de muertes podría ser mayor” (Departamento de Estado, 1997).

4.5.7. Programa presidencial de Colombia para afrontar el consumo de drogas⁷⁸

El Programa Presidencial de Colombia para afrontar el consumo de drogas, cuyo nombre es “Rumbos”, fue creado oficialmente el 26 de Octubre de 1998. El programa busca dar respuesta a las preocupaciones identificadas en la ciudadanía por el Presidente de la República con respecto al creciente consumo de drogas, que lo llevaron a considerar esta temática como prioritaria y a incluirlo entre los 10 puntos esenciales de su programa de gobierno.

4.5.8. Tratamiento

Respecto a esta cuestión, se elaborará un Directorio Nacional con todos los centros de remisión, anotando sus características: localización, número de cupos, costos, etc. Se hará una convocatoria a todas las instituciones del país que trabajan en tratamiento para que conformen redes. Habrá disponibilidad de una línea telefónica que ofrezca asesoría inmediata (línea 9800).

Según informa Augusto Pérez Gómez (Director de “Rumbos”) El Estado apoyará centros de tratamiento en términos de cupos disponibles, con la condición de que admitan controles e implanten sistemas de evaluación y seguimiento. Las 50 instituciones más sólidas, ofrecerán en todo el país asesoría y capacitación permanentes a los padres de familia con hijos consumidores, con el fin de ayudarles a afrontar la situación. Por ello recibirán una bonificación anual. Los usuarios de este servicio lo evaluarán permanentemente.

Los Servicios Sociales de Salud y las Secretarías de Salud asumirán la responsabilidad de asegurar el control sobre el funcionamiento de Instituciones y rendirán informes semestrales al programa “Rumbos”.

⁷⁸ INTERCAMBIO. N°4. Junio 1999.

4.6. Bolivia

4.6.1. La economía de la coca en Bolivia

Quienes producen coca en Bolivia son pequeños productores campesinos cuya actividad descansa principalmente en la disponibilidad de fuerza de trabajo familiar, y que dedican no más de la mitad de su terreno a la producción de los insumos básicos de la cocaína. La mayor parte de estas tierras, si no todas, están ubicadas en zonas de colonización reciente; es decir, en zonas de expansión de la frontera agrícola. Todos estos productores cultivan coca como parte de una estrategia de diversificación productiva y laboral que incluye una gran variedad de productos, especialmente alimenticios, tales como arroz, yuca (mandioca), plátano, palta, piña y otras variedades de frutas.

Es importante tener presente que, la coca es uno más entre varios productos, a fin de entender la lógica de su producción como parte de una estrategia de diversificación a la que suelen recurrir los pequeños productores campesinos.

4.6.2. ¿Por qué producen coca?

En opinión de Roberto Laserna⁷⁹ la primera respuesta, que es inmediata, es la que más se invoca: porque es más rentable, porque los precios son altos y permiten una utilidad elevada, mayor que la de otros productos agrícolas. Esto es cierto sólo de manera parcial, como lo demuestra el hecho de que la caída de los precios ocurrida en los últimos años (de pasta base) no ha desplazado la actividad económica de los campesinos hacia otros productos. Incluso se ha podido observar que, en algunos casos, a la disminución de los precios de la coca, le seguía una respuesta de aumento en el esfuerzo productivo. En efecto, aunque algunos sí abandonaron el cultivo, otros muchos se mantuvieron produciendo coca e incluso aumentaron la extensión de sus cultivos. “Esto significa que los campesinos al cultivar coca no sólo están buscando utilidades

⁷⁹ LASERNA, R. “La grieta de las drogas: La economía de la coca en Bolivia (...)” N.U. New York, 1997.

o un beneficio marginal de esa producción, sino que también buscan cierta regularidad en el flujo de ingresos” (R. Laserna, 1997).

Lo que hace que la coca sea importante como fuente de un flujo de dinero más o menos estable, es en primer lugar que se trata de un cultivo permanente; es decir, que una vez que es sembrado puede ser aprovechado económicamente por lo menos entre diez y trece años. En términos agrícolas es, entonces, un cultivo muy ventajoso, pues aunque requiere de un gran esfuerzo inicial, luego sólo se trata de mantener el cultivo y cosechar periódicamente las hojas.

En segundo lugar, la coca es una planta muy resistente a las plagas; por esto requiere muchos menos cuidados, por ejemplo, que el café y el té.

En tercer lugar, como no se aprovecha el producto biológico final, que es el fruto, sino un producto intermedio que son las hojas, la planta puede ser cosechada varias veces al año (en algunos casos incluso hasta cuatro veces, aunque lo normal es entre dos y tres veces al año). De modo que esto permite a un campesino, manejando bien su cultivo, poder cosechar un poco de coca cada mes, cada quince o veinte días, y así mantener una relación permanente con el mercado

Como además se utiliza la hoja seca, resulta más fácil de conservar y de almacenar que la mayor parte de los productos que puede cultivar un campesino en la zona de selva. Y teniendo un alto valor con relación al peso, es también un producto muy adecuado en zonas con fuertes déficit de infraestructura caminera. Es decir, es mucho más fácil cargar con cien pesos bolivianos en la espalda, en valor de coca, que cargar cien pesos bolivianos en naranjas o en piñas. De hecho esto sería imposible si no se contara con un camión, mientras que para la coca basta una bicicleta o la propia espalda.

Finalmente, es un producto que tiene y ha tenido siempre un mercado relativamente asegurado. Es evidente que en este momento, tal mercado está

fuertemente marcado por la demanda de los productores de droga, pero incluso antes del auge de la coca –antes de los años 80- era ya un producto muy cotizado y demandado.

4.6.3. Impactos de la economía de la coca

A nivel microeconómico, valga simplemente recordar que, esta economía representa oportunidades de ingreso para los campesinos, que sin la coca tendrían una vinculación mucho más precaria e inestable con la economía de mercado. Unido a que la fase ilegal de producción y tráfico de los productos derivados de la coca, ofrece tentadoras oportunidades a miles de comerciantes, transportistas, artesanos y desempleados. Sin embargo, por la alta incertidumbre que rodea estas actividades, estas no han podido sustentar inversiones de mediano y largo plazo, de modo que su impacto sobre el crecimiento económico es casi nulo.

A escala macroeconómica, la producción y exportación de drogas ilegales, permite a la economía nacional contar con un importante flujo de divisas de libre disponibilidad; las cuales, en su mayor parte, financian importaciones; aliviando la presión de la demanda sobre los recursos manejados por el sistema oficial de cambios.

Es necesario admitir, que, para Bolivia, la economía de la coca ha sido una palanca de negociación internacional, que le ha permitido acceder a tratamientos preferenciales en algunos campos. En verdad, ha sido la única posibilidad de la que dispusieron los gobiernos bolivianos para hacerse visibles y ganar algo de relevancia en sus relaciones con los Estados Unidos y la Unión Europea.

4.6.4. Impactos de la lucha antidrogas

La vinculación de la economía de la hoja de coca, al circuito internacional de la cocaína, ha aumentado la vulnerabilidad política de Bolivia, colocando

a los gobiernos en una posición sujeta a la manipulación y a las presiones internacionales.

Las políticas internacionales de combate del narcotráfico también se han traducido en Bolivia, en una legislación que difunde la inseguridad jurídica al poner en entredicho, con el pretexto de la lucha contra las drogas, derechos ciudadanos fundamentales. La sospecha tiene fuerza de prueba, y los ciudadanos viven con la amenaza de tener que demostrar su inocencia desde las cárceles que, como es de suponer, están abarrotadas de presos sin sentencia y, con frecuencia, sin culpa.

4.7. Nicaragua

Durante los últimos cinco años de la década de los 80, las condiciones económicas y sociales de Nicaragua se caracterizaron por el estancamiento de la actividad económica, el crecimiento negativo del producto interno bruto, la caída vertiginosa de los salarios reales, el aumento del desempleo, el descenso de la capacidad productiva y consecuentemente el crecimiento dramático de la pobreza.

La crisis económica y el desgaste de la guerra tuvieron un impacto generalizado en las condiciones de vida de toda la población, siendo los sectores más pobres los que han sufrido con mayor fuerza los efectos de la recesión económica.

Nicaragua tiene y tendrá hasta principios del año 2000, una estructura poblacional muy joven, es decir, que el 40% o más de la población tendrá alrededor de los 15 años de edad. Se estima que actualmente el 46% de los nicaragüenses tienen edades comprendidas entre 0 y 14 años y la edad promedio de la población es de 16 años.

En los últimos años se ha incrementado el número de niños y jóvenes (5 a 18 años) consumidores habituales de drogas. Estos grupos muestran conductas destructivas, tanto para ellos como para la sociedad, no contando con

alternativas viables que contrarresten lo antes mencionado (no existen políticas o estrategias reales, dirigidas a este tipo de proyectos). En teoría, se cuenta con un marco legal para abordar el problema, pero la realidad es que la situación social no permite destinar los recursos necesarios para su aplicación.

En 1992 la Asamblea Nacional de la República de Nicaragua marca la legislación en materia de actividades ilícitas relacionadas con el cultivo, suministro, adquisición y exportación de estupefacientes, psicotrópicos y sustancias controladas.

El Ministerio de Educación indica que dentro del calendario académico se deberá incluir información sobre los factores de riesgo y prevención en drogas y otros problemas sociales.

El Ministerio de Salud tiene el control general sobre los diferentes fármacos que producen dependencia y son distribuidos en el territorio nacional.

En este contexto se sitúa la intervención, en materia de prevención, de la Fundación FÉNIX (Nicaragua) y la Fundación FAD (España), con el siguiente trabajo:

Proyecto⁸⁰

Desarrollo comunitario a partir del trabajo en prevención de drogodependencias con la población juvenil de la ciudad de Managua.

Período de ejecución

Veinticuatro meses.

Descripción del Proyecto

⁸⁰ INTERCAMBIO. Ed. FAD. N°2. Junio 1998.

Creación de un dispositivo de trabajo en prevención de drogodependencias que atienda a la población juvenil de Managua a partir de la extensión de siete programas preventivos (seis de intervención comunitaria y uno de prevención escolar), y apoyo en paralelo a estudiantes de formación profesional pertenecientes a barrios urbano-marginales a través de la puesta en marcha de un programa piloto de desarrollo sostenido de microempresas.

El trabajo preventivo propuesto, nace de la identificación de los factores de riesgo para el consumo, que dan como resultado un Proyecto de Desarrollo Comunitario en el que cobra especial importancia el componente dedicado a la lucha contra la marginación juvenil, a partir del desarrollo de propuestas viables de autoempleo.

La misión consta de

Creación de un “Dispositivo Central” para la puesta en funcionamiento y ejecución de la experiencia, a partir de la infraestructura de la Fundación FÉNIX.

Localización y capacitación para el trabajo preventivo, de los recursos de las plataformas de participación existentes en los seis barrios seleccionados.

Conexión de los programas preventivos con los recursos existentes en materia de formación profesional, para la capacitación preventiva de los docentes y la creación de cuatro experiencias piloto de micro-empresas de desarrollo sostenido, a partir de:

- Implementar la cualificación profesional y la capacidad de gestión, de un grupo de doscientos estudiantes pertenecientes a cuatro familias profesionales (carpintería, mecánica, comercio e informática).
- Seleccionar veinte alumnos para la creación de cuatro micro-empresas, a partir de la concesión de microcréditos a fondo perdido y apoyadas con actividades de acompañamiento para asegurar su viabilidad.

La contraprestación consistirá en la firma de un convenio de colaboración entre los beneficiarios y FÉNIX, para su participación en futuras actividades de formación.

Objetivos estratégicos

- Colaborar en la génesis de actividades preventivas en Managua, a partir del desarrollo profesional e institucional de la Fundación FÉNIX.
- Posibilitar, desde el inicio del Proyecto, el desarrollo sostenido de las actuaciones emprendidas una vez agotada la financiación externa.
- Crear una red de debate y reflexión que apoye y haga viable la continuidad de la acción emprendida al amparo del Proyecto.

El resultado esperado es la producción de antecedentes preventivos destinados a la población juvenil urbano-marginal de Managua, a partir de la utilización del “tejido asociativo de barrio”, en conexión con sus recursos formales.

PREVENCIÓN

1. Aproximación conceptual
2. Materiales
3. Características básicas de la Prevención
4. Definición operacional de términos
5. Algunas respuestas
6. Prevención en la Europa Occidental
7. Prevención en América del Norte
8. Prevención en Latinoamérica

PREVENCIÓN

1. Aproximación conceptual

Según el Dr. Domingo Comas⁸¹ para poner en marcha cualquier programa de prevención de las drogodependencias, resulta necesario disponer de los siguientes elementos: a) un presupuesto específico, b) un grupo de profesionales más o menos experimentados, aunque sea en asistencia, c) unos materiales formativos más o menos cerrados y d) un posible ámbito, institucional o social, de actuación que nos haya sido cedido, que esté abandonado o para el que nos hayan reclamado los actores institucionales que poseen competencias en el mismo.

2. Materiales

Los materiales habitualmente utilizados en la mayoría de los países, son por una parte materiales informativos, mientras que otros combinan la formación teórica y metodológica con la información sobre drogas. En estos últimos materiales, suele dedicarse un espacio mayor a las “prácticas concretas y bien delimitadas” que a la formación teórica

Parece claro, a la vista de la confusión respecto a intervenciones sobre el terreno, metodología, resultados de investigaciones sociológicas orientadas hacia lo macro y evaluaciones realizadas por departamentos universitarios, que, “en tales condiciones *prevención de las drogodependencias* no es, ni

puede ser, ni una técnica ni una metodología cerrada, definitiva o acabada. Todo lo contrario, sólo puede ser un programa de investigación, muy necesario sin duda, pero reciente, inmaduro y con pocos resultados contrastables” (Domingo Comas, 1998).

A la luz de estas afirmaciones, actuar en prevención supone asumir que se forma parte de un proceso de búsqueda, de construcción de una teoría y de una explicación que aún no se posee.

En la práctica, llamamos programas de prevención de las drogodependencias a múltiples actuaciones, la mayor parte de ellas realizadas por profesionales con apoyo público “que prefieren plegarse a demandas e indicaciones operativas de responsables institucionales, obviando el hecho de que están trabajando en el programa de investigación Prevención de las drogodependencias” (Comas, 1998).

Según opinión de este autor, tal ignorancia cobra un especial relieve cuando el programa incluye entre sus objetivos la dinamización social, el desarrollo de redes sociales y la puesta en marcha de iniciativas comunitarias para las que es tan imprescindible la presencia del profesional que diseña, organiza, incita, coordina y valora como la efectiva participación de grupos de ciudadanos que, desde una adecuada formación, actúan con gran autonomía en el seno del programa.

3. Características básicas de la Prevención

En opinión de los técnicos e investigadores de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), la Prevención debe reunir, al menos, alguna de las siguientes características:

⁸¹ COMAS, D. Es doctor en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, Presidente del Grupo Interdisciplinar sobre drogas (GID). Secretario de la Sociedad Europea de Profesionales con Intervenciones en Drogodependencia (ITACA).

- **Debe ser viva:** acompañándose a los cambios del contexto social.
- **Debe ser continuada:** no centrándose en acciones aisladas.
- **Debe ser comprensiva:** involucrando a distintos agentes y grupos sociales.
- **Debe ser técnica:** huyendo de actuaciones voluntaristas.
- **Debe ser evaluable:** para conocer su eficacia y alcance.

4. Definición operacional de términos

Con el objetivo de lograr cierta homogeneidad y sin pretender ofrecer definiciones absolutamente consensuadas, ofrecemos un listado de términos que aparecen con frecuencia al tratar la Prevención de las Drogodependencias.

Los términos están ordenados según orden alfabético.

Animadores: personas que actúan como mediadoras en un programa, facilitando la participación del grupo diana por medio de actividades sociales o recreativas.

Centro responsable: Institución, organización, o centro público o privado, encargado de la implantación del programa.

Consumidores de drogas: personas que se autoadministran repetidamente sustancias psicoactivas.

Consumidores experimentales de drogas: personas que utilizan una o varias sustancias psicoactivas en una primera etapa de consumo. El término a veces se refiere a personas con un consumo infrecuente o no persistente.

Desintoxicación: Intervención terapéutica destinada a eliminar del organismo del drogadicto las sustancias psicoactivas o sus metabolitos y controlar los síntomas de abstinencia.

Evaluación: Científica y sistemática recogida, procesamiento y análisis de datos relativos a la implantación del programa, a fin de valorar su eficacia y eficiencia.

Evaluación de la planificación del programa: Es la fase de planificación y diseño. La evaluación en esta fase comienza, como muy tarde, cuando se ha concretado la idea de comenzar la intervención. Es el momento en el que se eligen los objetivos y los métodos. La evaluación de la planificación del programa, refleja el proceso de definición del problema, la necesidad de intervención, la población diana y los objetivos. También incluye la evaluación de los recursos y termina con la decisión de planificación de próximas evaluaciones

Evaluación del proceso (formativa): valora la implantación de la intervención y sus efectos en los diversos participantes. Se pregunta dónde y cómo tuvo lugar la intervención, si se realizó conforme fue diseñada y si llegó al grupo diana. La evaluación formativa ayuda a explicar los resultados y a mejorar la intervención en el futuro.

Evaluación sumativa (resultados e impacto): valoración de los resultados finales del programa en relación con los objetivos establecidos. Comprende la descripción de la muestra, del tiempo de la medición, de los métodos e instrumentos utilizados, así como de los resultados y la discusión de la evaluación.

Factores de protección: son aquellos que reducen la posibilidad de que se usen drogas.

Factores de riesgo: son los que aumentan la posibilidad de que se usen drogas.

Grupo de autoayuda: agrupación de personas afectadas por el problema de las drogas, que se organizan a fin de apoyarse mutuamente y estar más informados sobre los temas relacionados con las drogas (grupos de exdrogadictos, las asociaciones de familiares, Alcohólicos Rehabilitados, etc.).

Grupo diana estratégico / agentes de cambio: la población intermediaria utilizada para llegar a la población diana final y por tanto alcanzar el objetivo general.

Grupo / población diana: la población en la que se quieren lograr el/los cambio/s definido/s en el objetivo general.

Indicadores de evaluación: elementos medibles relacionados con los objetivos y expresados en número que permitan el control de la evaluación de los cambios esperados en relación con la situación inicial.

Inserción o reinserción: actividades destinadas a incorporar al exdrogodependiente en la red social y de empleo, a fin de garantizar que pueda llevar su vida dentro de una red social, psicológicamente estable y mantenerse económicamente.

Instrumentos de evaluación: recursos técnicos e instrumentos específicos utilizados para realizar la evaluación.

Intervención en la primera infancia: actuaciones destinadas a promocionar estilos de vida sanos en la familia o en la escuela infantil (guardería), acrecentando la salud emocional y física del niño como una forma temprana de prevenir el consumo de drogas.

Métodos de evaluación: metodología / enfoque utilizado en el proceso de evaluación. Comprende métodos cuantitativos así como cualitativos.

Objetivo específico: resultados intermedios necesarios para lograr el objetivo general.

Objetivo general: resultado final relacionado con la solución o modificación del problema/situación establecido. Su definición debe incluir una descripción breve del cambio esperado, una medida cuantificada del resultado en relación con la población y una estimación del momento en que se espera que ocurra el cambio.

Organizaciones implicadas: Instituciones, organizaciones o centros que apoyan o cooperan de cualquier forma en el desarrollo, financiación, implantación o evaluación del programa.

Persona, departamento o servicio de contacto: persona de referencia que puede informar sobre el programa o las actividades.

Personas implicadas: individuos que trabajan en la implantación del programa y que pertenecen al equipo de profesionales o al sector del voluntariado.

Principios básicos: los conceptos teóricos que orientan la metodología elegida para alcanzar los objetivos del programa. Son ejemplos de marco teórico: el modelo de estilos de vida, el modelo de las alternativas, el modelo de sustitución de drogas, el modelo conductual, la teoría del aprendizaje social, etc. Las estrategias elegidas pueden proceder de modelos ya existentes o pueden ser completamente nuevas. En tal caso, es necesario una breve explicación de la hipótesis que subyace en el enfoque.

Programa

Conjunto de actividades coordinadas para las cuales se dispone de recursos. Un programa trata de cubrir objetivos generales relacionados con las drogas.

Programa comunitario: actividades realizadas en el ámbito comunitario que estimulan la participación de los representantes comunitarios o instituciones (colegios, centros juveniles, comunidades de vecinos, barrios, etc.) a fin de intervenir en el entorno inmediato de las personas y facilitar la participación activa en el contexto social.

Programa de ámbito judicial: cualquier actividad dirigida a los consumidores de drogas con algún tipo de relación con el Sistema Judicial, por ejemplo al ser arrestados, al comparecer ante el juez, al estar en prisión, o al ser puestos en libertad.

Programa de reducción de daños: cualquier actividad destinada a detener las prácticas de consumo dañino o disminuir los problemas sociales y de salud relacionados con las drogas o la muerte. No pretende que el consumidor permanezca libre de drogas o se reintegre.

Programa escolar: conjunto coordinado de actividades y recursos destinados a los niños que asisten al colegio. A menudo, la prevención del consumo de drogas está integrada en el programa curricular de la educación para la salud. Suelen ser elementos característicos de esta orientación los materiales específicos para el profesor, la formación sobre drogas del profesorado y la reorganización del programa diario del colegio estimulando la participación activa de los alumnos y de los padres.

Programa juvenil fuera del centro escolar: actividades dirigidas a jóvenes fuera del marco escolar que abarcan desde organización de actividades de tiempo libre a intervenciones específicas para los que abandonan la escolaridad (actos culturales, producción de vídeo, exposiciones, actividades con el grupo de iguales, actos deportivos, etc.)

Programas de sustitución o mantenimiento con opiáceos: actividades y recursos coordinados destinados a ayudar a los consumidores de drogas a utilizar drogas alternativas, generalmente metadona, bajo control médico de forma que se produzca un menor daño social y de salud, reduciendo el riesgo de la infección por VIH. La sustitución de drogas puede ser prescrita como parte de un tratamiento de corto o medio plazo con el objetivo de la abstinencia o del mantenimiento a largo plazo.

Recursos de la evaluación: recursos humanos y financieros utilizados para realizar la evaluación.

Servicios de bajo umbral: servicios que asisten a los drogadictos en las necesidades diarias, evitando un mayor deterioro. Dichos servicios no requieren una alta motivación por parte del consumidor de drogas,

ofreciendo asistencia básica del tipo albergue, higiene y comida. Tienen como meta establecer o restablecer las relaciones sociales y mantener contacto con las poblaciones ocultas de consumidores de drogas (los servicios o unidades móviles, los centros de emergencia social, etc.).

Servicio general de salud: asistencia para controlar las consecuencias sobre la salud del consumo de droga que requieren mayor esfuerzo médico que para las necesidades normales del grupo de edad correspondiente en la población general (enfoques de salud pública, formación para médicos, etc.).

Situación inicial: descripción de la situación antes de comenzar la implantación de la acción o el programa en términos de las diferentes variables de la población relacionadas con las drogas, la situación socioeconómica y demográfica. También comprende la disponibilidad de datos y sus fuentes, la percepción social y el discurso público relativo a la situación.

Teléfono de ayuda: servicios telefónicos con amplio horario que proporcionan información sobre drogas, así como información o asesoramiento sobre prevención y centros de tratamiento para padres, profesores, jóvenes y consumidores de drogas.

Trabajo de calle (outreach work): actividades a nivel comunitario que pretenden contactar con las personas que no acuden a los servicios terapéuticos existentes. Un elemento clave de esta orientación es el contacto activo con los grupos de riesgo en un entorno donde se sienten a gusto, manteniendo una relación estrecha con ellos en lugar de esperar que vayan a los centros. El enfoque abarca acciones preventivas de cuidados de salud y consejo para los consumidores de drogas no tratados.

Tratamiento ambulatorio: conjunto amplio y flexible de servicios de atención y tratamiento para los drogodependientes y sus familias en el mismo ambiente social donde viven. Comprende asistencia psicosocial, intervención en crisis y/o apoyo social y educativo realizado por profesionales.

Tratamiento en régimen de ingreso: servicios de atención y tratamiento para drogodependientes en un contexto clínico donde los pacientes permanecen las 24 horas del día, recibiendo tratamiento multidisciplinario dentro del sistema de atención de salud mental, en hospitales generales o especializados, o en comunidades terapéuticas.

5. Algunas respuestas

- ¿Cuál es la etiología del consumo de drogas?

No hay una causa única. De lo contrario no sería tan difícil abandonarlas. Quienes pretenden simplificar hacen planteamientos intransigentes y se consideran portadores de una especie de *varita mágica*, infalible contra las drogas. Los más prudentes no pueden dejar de reconocer lo difícil que es responder a esta pregunta.

En síntesis, las causas por las que se consumen drogas serían las siguientes:

Genéticas:

1. Antecedentes familiares. 2. Trastornos Neurobiológicos.

Psicológicas:

1. Personalidad. 2. Reflejos condicionados.

Ambientales:

1. Estructura toxicomanígena familiar. 2. Marginalidad. 3. Desinformación sobre el tema. 4. Disponibilidad de las drogas. 5. Desempleo (no marginal)

- ¿Todos los que prueban una droga se hacen adictos?

No; las drogas van a hacer estragos sólo en aquellas personas que poseen una cierta vulnerabilidad (predisposición). Ahora bien, cualquier persona corre un gran peligro al probar las drogas

Entre los factores de personalidad que más facilitan la adicción, destacan: la inmadurez psicológica, la inseguridad, la inestabilidad emocional, la introversión y la timidez.

También facilita el consumo abusivo de drogas la existencia de algunas enfermedades psíquicas como la ansiedad, la depresión, las psicosis y los trastornos en el control de los impulsos.

- Los drogodependientes ¿son enfermos?

Todas las organizaciones nacionales y supranacionales, Organización Mundial de la Salud incluida, consideran a los drogodependientes como enfermos, tanto por lo que respecta a sus derechos como a sus deberes.

También es cierto que son enfermos peculiares, distintos, con ciertos matices que a veces cuesta comprender, sobre todo para los que nunca han tenido ni personal ni familiarmente nada que ver con la drogadicción.

“Los toxicómanos son un tipo de pacientes muy problemáticos de manejar, incómodos, manipuladores, agresivos, incluso para los propios médicos que queremos ayudarles. Pero hay que tener las ideas claras y no andar con ambigüedades. El toxicómano es ante todo un enfermo necesitado de ayuda y comprensión” (J. Cabrera Forneiro⁸², 1999)

- Las drogas de diseño, ¿son una novedad?

En absoluto, la mayoría de ellas son sustancias antiguas y utilizadas en medicina. Lo que sí es nuevo son las modificaciones efectuadas en sus

⁸² Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Director Gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, representante de España en el Observatorio Europeo de Drogas de Lisboa y miembro de la Comisión Técnica del Observatorio Español sobre Drogas.

moléculas consiguiendo de esta forma variar sus efectos iniciales o potenciar algunos de los que ya tenían (drogas a la carta).

Casi todas las drogas de diseño son estimulantes derivados de las anfetaminas, elaboradas en sencillos laboratorios. Así tenemos el popular Extasis (metileno-dioxi-metil-anfetamina), cuyo primer decomiso en Europa se produjo en la isla de Ibiza, la no menos famosa Píldora del amor (metileno-dioxi-anfetamina) y la conocida Eva (metileno-dioxi-etil-anfetamina).

Los principales problemas sociosanitarios que están originando estas drogas son, por un lado, su errónea fama de sustancias poco peligrosas y, por otro, la dificultad para perseguirlas ya que la más mínima modificación de sus moléculas deja en la indefinición legal a la sustancia y en la impunidad al traficante.

La mayoría de las drogas de diseño son derivados de sustancias que existen hace tiempo en la medicina, derivados de las anfetaminas, del Fentanilo, de la Petidina, de las Arilhexilaminas y de la Metacualona.

6. Prevención en la Europa Occidental

La escuela sigue siendo el marco principal de las actividades de prevención y es probablemente una de las mejores maneras de llegar a la mayoría de los niños. La formación del profesorado y la participación de los padres son cruciales y se promueven en toda la UE, aunque varíe el papel de la familia y especialmente el de los padres.

6.1. Consumo de drogas entre escolares

La mayor parte de los Estados miembros de la UE han llevado a cabo encuestas nacionales en escuelas durante los últimos años, algunas como parte del *Proyecto Escolar Europeo de Encuestas sobre Consumo de Alcohol y Otras Drogas* (ESPAD).

En la mayor parte de los Estados miembros, el cánnabis es la sustancia ilegal de mayor consumo. El consumo de adolescentes de 15 a 16 años de edad oscila aproximadamente entre el 5% (Portugal y Finlandia) y el 40% (Irlanda y Reino Unido).

Generalmente, los disolventes son la segunda sustancia de consumo más habitual entre los jóvenes de 15 y 16 años de edad, y oscilan entre el 3-4% (Comunidad Flamenca de Bélgica, España y Luxemburgo,) y el 20% (Reino Unido). En Grecia y Suecia, el consumo de disolventes es más frecuente que el de cánnabis.

El consumo de anfetaminas oscila entre el 1 y el 13% de los adolescentes de 15 a 16 años (2-8% en la mayoría de los casos), el de éxtasis oscila entre el 1 y el 9% y el de LSD y otros alucinógenos entre el 1 y el 10% (2-5% en la mayoría de los casos). Irlanda, los Países Bajos y el Reino Unido muestran cifras comparativamente más elevadas de consumo de anfetaminas, alucinógenos y éxtasis que otros países.

Entre el 1 y el 3% de los alumnos ha consumido cocaína, y menos del 1% ha consumido heroína, aunque el porcentaje se eleva al 2% en Dinamarca, Irlanda, Italia y el Reino Unido.

En general, en estos últimos años ha continuado la tendencia al alza del consumo de cánnabis por parte de los jóvenes, así como el de anfetaminas y éxtasis, aunque con niveles más bajos. En Finlandia y el Reino Unido, sin embargo, el consumo de cánnabis entre los jóvenes se ha estabilizado.

6.2. La Política Europea en materia de Prevención

El Plan Europeo de Lucha contra las Drogas que, la Comisión de las Comunidades Europeas ha remitido al Consejo Europeo para el periodo 2000-2004, recoge abundante material dirigido a impulsar y coordinar el trabajo que dirigido a la prevención de las drogodependencias realizan los Estados miembros.

El Plan, de acuerdo a la información recogida para su elaboración, sobre la situación actual en materia de reducción de la demanda, establece dos constantes:

Se observa una tendencia general a la **diversificación** en el terreno de la prevención, apelándose a una estrategia en dos niveles: gran esfuerzo de educación y promoción de la salud destinado al gran público, y acciones específicas hacia grupos vulnerables y de riesgo.

La **ayuda a los usuarios de drogas** en Europa toma cada vez más frecuentemente la forma de servicios diferenciados orientados hacia el individuo, buscando una coordinación simultánea con los servicios existentes y la mejora de las estructuras de cooperación.

En cuanto a **prevención**, se observa una tendencia a realizar programas educativos en un estadio precoz, como medio de introducir factores disuasorios para el consumo posterior de drogas.

Aunque no existe una evaluación sobre las campañas en los **medios de comunicación**, ciertos signos indican que pueden tener el efecto de mejorar la toma de conciencia.

Internet es cada día más utilizado para difundir información. A este respecto, la UE debe jugar un papel crucial en proporcionar servicios en la red a los programas y actores que trabajan en el campo de la evaluación e intercambio de experiencias.

En intervención precoz y grupos de riesgo, el Plan apuesta por mantener el decidido esfuerzo en alertar a los jóvenes sobre los riesgos del éxtasis y otras sustancias asociadas.

Prevención de enfermedades infecciosas: Las importantes medidas preventivas tomadas en este terreno, han tenido un fuerte efecto en el

descenso de la aparición de nuevos casos de VIH/ sida, pero aún no en los de hepatitis C, que han aumentado alarmantemente.

En cuanto a la información que divulga el **Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías** (OEDT) en su Memoria de 1999, encontramos ratificado el talante del Plan anteriormente mencionado. La prevención del consumo de drogas, es una cuestión a la que se ha dado prioridad en el programa de trabajo de la UE, recibiendo impulso, año tras año, en el encuentro denominado **Semana Europea de Prevención del Consumo de drogas**.

La de 1998, última de la que se dispone información a la hora de redactar este Informe, el principal objetivo fue reforzar la cooperación a nivel europeo en los aspectos sanitarios del fenómeno del consumo de drogas, resaltar actividades de prevención a largo plazo en los Estados miembros y aumentar la sensibilización pública acerca del problema.

La Semana de 1998 fue la primera organizada y celebrada en el contexto del Programa de Acción de la UE para la Prevención de la Drogodependencia (1996-2000).

- Algunas estrategias elaboradas en La Semana

Una campaña a escala comunitaria “*Hablar es el primer paso*” resaltó la importancia del diálogo en la prevención del consumo de drogas. La campaña se dirigió a adultos en contacto permanente con jóvenes, incluidos padres, los profesores, los animadores socioeducativos, los instructores y los entrenadores deportivos.

La campaña en los **medios de comunicación** consistió en un anuncio televisivo en 18 lenguas, un anuncio publicitario de radio en 6 lenguas, un cartel presentado en 19 versiones lingüísticas, un prospecto en 13 lenguas, un anuncio de prensa en 12 lenguas y un comunicado de prensa en 18 lenguas.

Respecto a sus efectos en el **plano económico**, en los Estados miembros se pusieron en marcha más de 1000 iniciativas en el ámbito de la UE, así como a escala nacional, regional y local, que contaron con una contribución de la Comisión de 950.000 euros.

Algunos Estados miembros identificaron algunos grupos diana nuevos en los textos de prevención comunitarios, como minorías étnicas y niños de corta edad. Por ejemplo, en Austria, durante las “Sesiones del verano 98”, expertos austríacos, alemanes y húngaros examinaron una serie de posibilidades de prevención del consumo de drogas entre niños de tres a seis años de edad, y el Centro de Información de Prevención de Viena organizó una conferencia sobre la prevención del consumo de drogas en guarderías.

Cada Estado respondió al desafío fortaleciendo la cooperación y los enfoques interdisciplinarios de diversas maneras. Por ejemplo, los Países Bajos crearon un comité directivo nacional compuesto por representantes del Gobierno y de las ONGs responsables de la prevención del consumo de drogas para elaborar y aplicar programas nacionales con arreglo a directrices de la Comisión Europea. Otras iniciativas de los Estados miembros intentaron poner de relieve en mayor medida los esfuerzos de prevención del consumo de drogas dirigiéndose a los que trabajan con jóvenes, a las estructuras ya activas en la prevención del consumo de drogas y al público en general, promoviendo la cooperación entre ellos.

- Seguimiento

El programa de acción de la UE para la prevención de la drogodependencia (1996-2000), es evaluado de forma global con el apoyo de la “Association of Schools of Public Health in the European Region” (Asociación de Escuelas de la Salud Pública en la Región Europea, ASPHER).

La metodología de la evaluación tiene por objeto garantizar que los Estados miembros informen de manera coordinada sobre la Semana. Para ello, la

Comisión proporcionó a todos los *coordinadores nacionales* un cuestionario de información elaborado por el OEDT para el intercambio de opiniones sobre el sistema de información relativo a la acción de reducción de la demanda de droga (EDDRA).

6.3. El papel de la U.E. en la Salud Pública: El Tratado de Maastricht

El papel de la Comunidad en el ámbito de la salud pública ha aumentado su importancia con el tiempo, sobre todo a partir de la ratificación del Tratado de Maastricht, que dio a la Comunidad un papel específico en la promoción de la protección de la salud y la prevención de las enfermedades. Para cumplir con esto cometido, se crearon ocho programas diferentes en materia de salud y se han realizado otras actividades, que van desde los programas contra el cáncer, el SIDA y la lucha contra la toxicomanía hasta la realización de informes sobre el estado sanitario de la Unión Europea y de recomendaciones sobre la seguridad de la sangre.

- Fundamento jurídico

Hasta el Tratado de Maastricht, y sus nuevas disposiciones en materia de salud pública, la Comunidad no tuvo la oportunidad de desarrollar una estrategia coherente en la materia. **La letra o) del artículo 3** puso en manos de la Comunidad el nuevo objetivo de contribuir “al logro de un alto nivel de protección de la salud”, que se aplica a todas las políticas comunitarias. Así pues, el **artículo 129 del Tratado** establece un marco para las actividades de salud pública a fin de alcanzar dicho objetivo.

Las principales disposiciones de este artículo son las siguientes:

La Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana (...)

La acción comunitaria en materia de protección de la salud se encaminará a la prevención de las enfermedades.

Las actividades comunitarias en el ámbito de la salud pública se centrarán, en particular, en las *enfermedades más graves y más ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía*.

- El desarrollo de actividades comunitarias de salud pública desde Maastricht.

Programas de acción

Sobre la base del análisis realizado en la Comunicación de 1993, la Comisión propuso la realización de ocho programas de acción en materia de salud pública. De ellos, cinco se han adoptado. Los programas de acción sobre el SIDA y otras enfermedades transmisibles, el cáncer, la toxicomanía y la promoción de la salud han venido desarrollándose desde 1996. El Quinto Programa sobre vigilancia de la salud se adoptó en junio de 1997. El Programa sobre prevención de la toxicomanía está vinculado con otras medidas políticas y legislativas, incluida la creación del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Se ha aprobado con los Estados miembros un enfoque coordinado para luchar contra la oferta y la demanda de drogas, que se ha plasmado en el Plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (el actual, ya difundido, para el período 2000-2004).

7. Prevención en América del Norte

7.1. Canadá

The Office of Alcohol, Drugs, and Dependency Issues, dependiente del Minister of Public Works and Government Services, informa que la Prevención en Canadá se centra en proteger y adiestrar *al menor* para que proteja su salud, viendo en esta estrategia la clave para que los menores consigan llevar una vida libre de drogas.

Dentro de la enorme variedad de intervenciones, podemos destacar algunas como las iniciativas que aportan información valiosa para padres que deben tratar el problema del consumo de drogas con hijos de corta edad; se les asesora respecto a cómo conducir el diálogo con ellos.

Otras iniciativas se orientan hacia padres que han tenido problemas con el alcohol u otras drogas, incentivándoles para que realicen prevención con sus hijos, al considerar a estos como población de riesgo. Estos programas encuentran su extensión e innumerables ramificaciones hacia colectivos de máximo riesgo por características socioeconómicas.

También se impulsan programas llevados a cabo entre el gobierno, organizaciones no gubernamentales y el sector privado (entre otros la propia industria del alcohol) para concienciar a los jóvenes de los enormes problemas que puede ocasionar el abusar del alcohol y de lo letal que puede llegar a ser conducir bajo los efectos de sustancias psicoactivas.

Otras iniciativas se orientan, en miles de escuelas, a concienciar a los jóvenes que comienzan a destacar en el mundo del deporte, de los problemas que surgen al utilizar sustancias que potencian su capacidad física; es decir, campañas “anti-doping”.

La transmisión del VIH, entre jóvenes inyectores, es otra gran preocupación para la estrategia en prevención de los profesionales en drogodependencias canadienses, ya que reportan un incremento continuo y alarmante de la transmisión del virus entre los jóvenes usuarios por vía intravenosa.

También encontramos numerosas actividades preventivas en el ámbito penitenciario, sobre todo dirigidas a la reducción del daño y a frenar la transmisión del VIH.

Por supuesto encontramos las clásicas campañas de prevención en los medios de comunicación

7.2. Estados Unidos

El National Institute on Drug Abuse (NIDA), tras dos décadas de investigaciones sobre el abuso de drogas, ha identificado principios de importancia para los programas de prevención en la familia, la escuela y la comunidad. Estos principios se han puesto a prueba en programas para la prevención del abuso de drogas a largo plazo y se han encontrado eficaces.

7.2.1. Enseñanzas de investigaciones sobre Prevención

- Los programas de prevención deben diseñarse para realizar los factores de protección y darle marcha atrás o reducir los factores de riesgo conocidos. Los factores de protección son aquellos que reducen la posibilidad de que se usen drogas. Los factores de riesgo son los que aumentan la posibilidad de que se usen drogas.

- Los factores de protección comprenden lazos fuertes y positivos dentro de una familia prosocial: vigilancia por parte de los padres, claras reglas de conducta que se aplican constantemente dentro de la familia, participación de los padres en la vida de los hijos; éxito en la escuela; lazos fuertes con instituciones prosociales como organizaciones escolares y religiosas; y adopción de las normas convencionales sobre el abuso de drogas.

- Los factores de riesgo comprenden ambientes caóticos en el hogar, especialmente en los que los padres abusan de sustancias o sufren de enfermedades mentales; crianza ineficaz, en particular con niños de temperamento difícil o trastornos de la conducta; falta de apego y cariño mutuo; conducta tímida o agresiva no apropiada en la clase; fracaso en la escuela; insuficientes conocimientos prácticos para hacerle frente a la sociedad; afiliación con compañeros desviados o con aquellos que muestran conducta pervertida; y percepción de que en el marco de la familia, el trabajo, la escuela, los compañeros y la comunidad se aprueba la conducta relacionada con el uso de drogas.

- Los programas de prevención pueden orientarse hacia una variedad de drogas de abuso, como tabaco, alcohol, inhalantes o marihuana, o puede orientarse hacia un solo aspecto del abuso de drogas, como el mal uso de medicamentos que se venden con o sin receta.
- Los programas de prevención deberían incluir el desarrollo de aptitudes para la vida y de técnicas para resistir las drogas cuando sean ofrecidas, reforzar la actitud y los compromisos personales contra el uso de drogas, y aumentar la habilidad social (o sea, en comunicaciones, relaciones con compañeros, eficacia personal y confianza en sí mismo).
- Los programas de prevención para niños y adolescentes deberían incluir métodos interactivos que se adapten a la edad de la persona, como grupos de discusión entre compañeros y solución de problemas y toma de decisiones en grupo, en vez de ofrecer nada más que técnicas de enseñanza didáctica.
- Los programas de prevención deberían incluir componentes donde los padres o las personas al cuidado de los niños refuercen lo que los niños están aprendiendo sobre las drogas y sus efectos dañinos, y abran oportunidades para tener discusiones familiares sobre el uso de sustancias lícitas e ilícitas y la posición de la familia sobre su uso.

7.2.2. Estrategias de Prevención: programas a largo plazo

Según reportan las investigaciones del NIDA, los programas de prevención deberían ser a largo plazo (carrera escolar), con repetidas intervenciones para reforzar las metas preventivas originales. Por ejemplo, las actividades escolares orientadas hacia los estudiantes de la escuela media y primaria deberían incluir sesiones de apoyo para ayudar con la crítica transición de la escuela media a la secundaria.

7.2.3. Prevención integral

- Las actividades de prevención centradas en la familia tienen mayor repercusión que las estrategias que se centran en los padres solamente o en los hijos solamente.
- Los programas comunitarios que incluyen campañas de medios de comunicación y modificación de políticas, como nuevos reglamentos que restringen el acceso al alcohol, el tabaco y otras drogas, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones escolares y familiares.
- Los programas comunitarios necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los ambientes de prevención del abuso de drogas, como la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- Las escuelas ofrecen oportunidad para llegar a todas las poblaciones y además, sirven como ambiente importante para subpoblaciones específicas que corren el riesgo de caer en el abuso de drogas, como los niños con problemas de conducta o con trastornos del aprendizaje y todos los que posiblemente abandonarían los estudios.
- La programación de la prevención debe adaptarse para atender la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en la comunidad local.
- Cuanto más elevado sea el nivel de riesgo de la población meta, más intenso ha de ser el esfuerzo de prevención y más temprano debe empezar.
- Los programas de prevención deben orientarse a grupos de edad específica, y ser apropiados a la etapa del desarrollo y sensibles a las diferencias culturales.

7.2.4. Prevención: eficacia y ahorro social

Los programas de prevención eficaces son rentables. Por cada \$1 que se gasta en la prevención del uso de drogas, la comunidad puede ahorrar \$4 o

\$5 del costo que implicaría la orientación psicológica y el tratamiento contra el abuso de drogas.

7.2.5. Diseñar programas de Prevención

Aspectos críticos que deben tomarse en cuenta a la hora de diseñar un programa de prevención:

Relaciones familiares

Los programas de prevención pueden enseñar a los padres de niños pequeños, técnicas que ayuden a la familia a comunicarse mejor, a mantener mejor disciplina y a hacer reglas firmes y constantes. La investigación muestra también que los padres necesitan tomar un papel más activo en la vida de los hijos, incluso hablar con ellos de drogas, vigilar sus actividades, conocer a sus amigos y comprender sus problemas y preocupaciones personales.

Relaciones con compañeros

Los programas de prevención se centran sobre la relación de un individuo con sus compañeros. Estos programas desarrollan conocimientos prácticos sociales idóneos, que implican mejor comunicación, realce de las relaciones positivas con sus compañeros, intensificación de comportamientos sociales positivos, y técnicas de resistencia para poder rehusar las ofertas de drogas.

El ambiente escolar

Los programas de prevención se centran también sobre la mejora de los logros académicos y refuerzo del vínculo entre el estudiante y la escuela, al darles un sentido de identidad y logro y reducir la posibilidad de que dejen de asistir a la escuela. La mayoría de los programas de estudio incluyen el respaldo de las relaciones positivas con sus compañeros y un elemento de educación normativa diseñado para corregir la mala percepción de que la mayoría de los estudiantes usan drogas. La investigación ha encontrado igualmente que los niños tratan de no comenzar a usar drogas cuando comprenden los efectos

negativos de las drogas (físicos, psicológicos y sociales) y perciben que sus parientes y amigos no aprueban del uso de drogas.

El ambiente de la comunidad

Al nivel comunitario, los programas de prevención funcionan con las organizaciones cívicas, religiosas, judiciales, policiales y gubernamentales. Estos programas hacen resaltar las normas antidrogas y la conducta prosocial por medio de modificaciones de políticas o reglamentos, actividades de los medios de divulgación y programas comunitarios de toma de conciencia. Los programas comunitarios podrían incluir nuevas leyes y su aplicación, restricciones publicitarias y zonas escolares libres de drogas; todo lo cual está diseñado para proveer un ambiente más limpio, más seguro y sin drogas.

8. Prevención en Latinoamérica

Debido a las diferencias culturales entre los países que componen la América Central y del Sur, encontramos adecuado tratar el tema Prevención desde la perspectiva “Prevención según tipo de población”, basándonos en la máxima en Prevención: *“cada contexto social requiere entender el problema y crear las soluciones”*. Esto significa que más allá de las imágenes divulgadas principalmente por los medios de comunicación, es necesario identificar y hacer explícito, desde la subjetividad individual, familiar y grupal, todos aquellos elementos que nos permitan comprender las significaciones particulares en relación con el objeto droga, para que de esta manera, podamos esclarecer las relaciones existentes entre múltiples eventos.

Este tipo de acercamiento a la realidad de cada grupo implica investigar, es decir, observar, plantear hipótesis, comprobar, contrastar.

Desde esta perspectiva, cada grupo a partir de la construcción y entendimiento de su problema, posibilita la construcción de un tipo de prevención adecuada y coherente.

Si bien existen principios, componentes o incluso estrategias de prevención que pueden ser comunes a diferentes grupos o comunidades, existen elementos particulares que definen distintos tipos de prevención más allá de las clasificaciones hechas desde la Salud Pública u otras Organizaciones Sociales.

Desde este punto de vista consideramos oportuno mostrar el trabajo desarrollado en Prevención en Latinoamérica, como un conjunto de programas concretos que se llevan a cabo en los diferentes países que la componen, aportando una idea clara de lo que se está haciendo en este subcontinente.

8.1. Reunión Iberoamericana

Antes de comenzar con la muestra de programas creemos necesario destacar la **REUNIÓN IBEROAMERICANA**⁸³ que del 1 al 5 de febrero de 1999 tuvo lugar en la **Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)**, a la que asistieron representantes de 11 ONGs que trabajan en la prevención de las drogodependencias en distintos países de Latinoamérica (Colombia, Perú, Bolivia, Nicaragua, Venezuela y Ecuador), así como los técnicos en prevención de la FAD.

8.1.1. Ambito Educativo

Se estableció que la escuela es un ámbito privilegiado para realizar actuaciones preventivas ya que ofrece las siguientes ventajas:

- Los niños y jóvenes se encuentran en una edad en la que están adquiriendo valores, actitudes y hábitos para su desarrollo personal y social.

⁸³ “INTERCAMBIO” Ed. FAD. N° 4, Junio 1999.

- Permite dar una formación e información sobre el fenómeno de las drogas estructurada, sistemática y adecuada a cada edad.
- Puede ofrecer una acción intencional, específica y planificada con posibilidad de evaluación y continuidad en el tiempo.
- Se puede trabajar no sólo con alumnos, sino también colaborar con profesores y padres en un objetivo común.

A modo de resumen, se señalaron algunos aspectos básicos de acuerdo a las señas de identidad del modelo compartido:

- El profesional encargado de la prevención dentro del ámbito escolar deber ser el mismo que se responsabiliza del resto de la tarea cotidiana.
- Para trabajar en prevención en el ámbito escolar, no se requiere de espacios específicos, sino que es un quehacer transversal dentro del curriculum escolar, que debe impregnar la acción educativa.
- Para que la prevención escolar sea eficaz, necesita de un programa escrito elaborado en función de las señas de identidad de cada centro.
- Deben recogerse actuaciones de carácter formativo, informativo y propuestas alternativas de ocio y tiempo libre, siendo el nexo de unión la identificación de factores de protección.
- La prevención en el ámbito escolar ha de entenderse inmersa en las acciones preventivas de una comunidad.

- Formación de profesores

Todos los participantes coinciden en que existen una serie de pasos previos a la puesta en funcionamiento de procesos de formación que, de no contemplarse, pueden incidir de forma negativa en el resultado final o hacer inviables las actuaciones preventivas posteriores a desarrollar, entre otros:

- Conocer el perfil del colectivo del profesorado y su disponibilidad de dedicación al tema.
- Sensibilizar e implicar a los equipos directivos de los centros escolares.
- Acercar a las entidades gubernamentales al trabajo realizado, con el fin de añadir visibilidad y efecto multiplicador a la actuación.

8.1.2. Gestión de programas

Se destacó que la prevención de drogas está ligada al concepto de gerencia social, entendida como una ordenación de las diferentes fuerzas vivas y sanas de la sociedad. En este sentido, las acciones deben considerar la participación del grupo diana en el diseño de las actuaciones, así como las posibilidades reales de un futuro efecto multiplicador. Dentro de esta conceptualización, tanto la interdisciplinariedad como la visión compartida es algo indispensable.

A su vez, se destacó que, teniendo en cuenta como punto de partida la gerencia social, la gestión de programas tendrá que tener muy presente aspectos relacionados con la modernidad y la globalización, pero siempre teniendo en cuenta la propia singularidad que impone la identidad cultural.

- Ambito comunitario

- Se constató la dificultad actual de encontrar un perfil de **mediador social** que se acomode, sin grandes esfuerzos formativos, a los diferentes programas de carácter social que se pongan en funcionamiento en su comunidad, y en conexión con esta idea, se destacó la importancia de que el mediador social se involucre en los proyectos desde su génesis, para así favorecer un cambio de conocimiento y actitud a la hora de abordar los nuevos problemas con los que se encontrará al desempeñar su labor.

Se habló sobre la necesidad de captar y formar para el trabajo preventivo a los “líderes comunitarios” ya que, en un ambiente difícil, parece una

estrategia acertada la formación de miembros de la propia comunidad para que puedan afrontar desde dentro los retos de la prevención.

Para la mejor consecución de los objetivos de los programas, se establece como necesario un proceso de seguimiento y reciclaje con el que se asegure que el mediador se ha adaptado de forma correcta a su actuación, y así dar respuesta a las necesidades para las que fue formado.

8.1.3. Promoción con asociaciones

Se estableció que era necesario ver el problema desde un enfoque estructural, contemplando acciones de apoyo, destinadas a mantener abiertos los canales de comunicación y mantener una presencia activa a lo largo de la ejecución de las propuestas preventivas puestas en marcha.

Se destacó que el desarrollo ha de ser tanto colectivo como individual, que hay que actuar en el ámbito social siguiendo un enfoque de **prevención integral** y que la movilización comunitaria ha de ser un **proceso que se extienda a largo plazo** en el tiempo, siendo la principal preocupación, encontrar una propuesta metodológica adecuada a cada realidad y que fomente la participación del colectivo diana.

- Marco estructural

El análisis se centró en la necesidad de coordinar prácticas sociales en curso que se lleven a cabo desde ONGs no pertenecientes al sector drogas y que, aunque en apariencia pudiera considerarse que no guardan relación con la problemática de los consumos, en su intención final, sí se vinculan y responden perfectamente al modelo de intervención propuesto. En este sentido, se destacó la necesidad de formar desde un enfoque preventivo a los monitores que trabajan en estas instituciones y que pueden imbricar el quehacer preventivo de forma transversal, en su propuesta actual de prevención.

Los **principios básicos de acción**, en cuanto al **trabajo con asociaciones**, se proponen a partir de:

- En primer lugar, tener en cuenta que cada localidad tiene sus características propias, por lo que las actuaciones se tienen que acomodar a las peculiaridades de la comunidad de que se trate.
- En segundo lugar, la importancia de trabajar con los recursos locales ya que, si la gente de la comunidad se involucra en el proyecto, lo tomarán como algo propio en el que han invertido un esfuerzo y pondrán más interés en que salga adelante.
- En tercer lugar, potenciar los recursos humanos que tengan habilidades básicas para resolver problemas locales, ya que esto tiene un valor sinérgico de importancia para la comunidad.
- En cuarto lugar, crear alianzas estratégicas a nivel local con entidades ya existentes como escuelas, organismos oficiales, asociaciones de vecinos...
- Por último, tener conciencia de que la intervención comunitaria es un proceso que se extiende a largo plazo en el tiempo y que no se trata de un acontecimiento o un evento pasajero.

8.1.4. Los niños trabajadores de y en la calle

Esta población tiene una problemática singular que requiere un abordaje especial, y en la que cobran especial importancia aspectos como el trabajo infantil y los malos tratos.

Se destacó que el consumo de inhalantes y alcohol por parte de los niños es una de las consecuencias negativas del trabajo en las calles, situando las causas del problema en las duras circunstancias, tanto físicas (frío, hambre) como de tipo social (marginación social, pobreza) de las que intentan evadirse por medio de la ingestión de estas sustancias.

Se reflexionó sobre el papel de las escuelas, que funcionan alejadas de una filosofía de integración, reaccionando ante el problema mediante la exclusión o expulsión en los casos en los que se detectan consumos de drogas.

Se establecieron tres objetivos en el trabajo con niños de la calle, que consistían en:

- Disminuir las situaciones de riesgo del niño y adolescentes en la calle, pero a la vez, siendo conscientes de que los riesgos de la calle siempre van a existir y que los niños viven gracias a la calle.
- Mejorar el modo de socialización de los niños, tanto desde el punto de vista de la sociedad como del propio niño.
- Favorecer la integración comunitaria de estos niños y adolescentes partiendo de las familias, incluso cuando se es consciente de que suelen ser familias con problemas, por lo que quieren crear espacios comunitarios que faciliten la integración.

- La violencia comunitaria

Se trata de una realidad que tiene una fuerte presencia en las familias en situaciones difíciles, con especial virulencia en entornos urbano-marginales, y que tiene un efecto multiplicador que retroalimenta a la misma sociedad que la generó, siendo la causa de un perverso círculo vicioso en el que tiene una presencia significativa el consumo de drogas, entre ellas el alcohol.

Se destacó que una de las causas más importantes en cuanto a factores que generan violencia son los abusos sexuales dentro del hogar, ya que cuando un niño es violentado, guarda gran parte de ese dolor en su interior y más tarde puede salir a la luz ejerciendo a su vez formas de violencia sobre otros más débiles.

Se planteó, que la mejor solución para erradicar, en lo posible, los brotes de violencia, es la promoción de contextos favorables al afecto y la justicia social.

8.1.5. Capacitación y materiales

Para acercarse a las características y contenidos que deben estar presentes en los materiales, se comenzó con un análisis de necesidades formativas. Partiendo del conocimiento de lo que están dispuestos a hacer los futuros formadores (querer), se pretende conocer cuáles son las capacidades y disponibilidad necesarias para el desempeño de su labor (poder), y terminar traduciendo en necesidades formativas (saber hacer).

- Formación de formadores

En la labor de preparación de los materiales que van a ser utilizados en la **formación de formadores**, se estableció que lo primero que deben recoger es una selección y ordenación de los contenidos generales en prevención, para que el destinatario de la formación conozca y maneje con soltura la terminología que debe compartir en los procesos formativos que en el futuro debe liderar.

Otra parte fundamental en la formación de formadores, es el estudio de las características y singularidades de los procesos de enseñanza-aprendizaje, así como el entrenamiento en habilidades docentes. También se rescató de la experiencia de las ONGs participantes en el encuentro, la necesidad de conectar los materiales de formación con la puesta en funcionamiento y ejecución de los programas preventivos que más tarde desarrollarán los futuros mediadores sociales. En este sentido, se señaló la importancia que los agentes preventivos tendrán de cara a la sostenibilidad, viabilidad, visibilidad y efecto multiplicador de las acciones realizadas.

- Formación de mediadores

Se plantearon tres aspectos a tener presentes a la hora de diseñar materiales para la **formación de mediadores**:

La necesidad de conocer, antes de diseñar los materiales, el alcance que van a tener dentro de los procesos de capacitación y si van a ser utilizados luego en la puesta en funcionamiento de las labores preventivas.

Someter la labor de producción de materiales a una actualización constante, implementada a partir de los cambios producidos en la realidad sobre la que se pretende intervenir.

Analizar la posibilidad de implicar a los futuros usuarios de los materiales en su diseño y actualización.

- Población diana de los programas preventivos

Se destacó la importancia de no pasar por alto el tema de la diversidad cultural que muchas veces existe en un mismo país y que necesariamente nos conduce a un estudio previo para ajustar los materiales a los diferentes colectivos diana. También se vio la conveniencia de contar con distintas estrategias de difusión, utilizadas en función de las características de la población diana a la que se dirige la labor preventiva, así como evaluar periódicamente el impacto de los mismos.

8.2. Situación por países

8.2.1. Argentina

Proyecto Institucional “**Promotores de Salud Integral del Adolescente**” a cargo del Dr. Jorge Jozami.

Utilizamos esta experiencia como ejemplo, por considerar que el mismo trabajo que realiza la Casa del Joven, lo podría realizar una Comunidad Terapéutica que utilizara a sus profesionales de Prevención.

Marco conceptual

Los diseñadores del programa consideran que, si realmente se quiere plasmar pautas de vida, modificar hábitos y desarrollar mayores aptitudes, se deben conocer, de la población sobre la que se actúa, sus formas culturales, logrando la efectiva acción de prevenir enfermedades (drogadicción), o detener su evolución, impedir secuelas, prolongar la vida, promover la salud, eficiencia física y mental a través del esfuerzo conjunto de los equipos de salud, instituciones educativas, recreativas y comunidad en general.

El equipo aclara que no creen en la prevención esporádica, sin continuidad y sin participación. Consideran fundamental la formación de promotores de la salud, cuya finalidad es realizar actividades en grupos proyectándose en la comunidad en que viven, generando estrategias que faciliten procesos de educación en prevención y promoción de la salud.

Consideran importante fomentar actividades dinámicas que favorezcan el desarrollo personal para el logro del autocuidado. Y para esto, movilizar recursos propios de las instituciones y comunidad en su conjunto que permitan buscar con creatividad espacios para desarrollar intereses y aptitudes para el encuentro con “otros”.

Es una prioridad, poder trabajar desde “un pensar en salud”; es decir, reforzar los factores protectores de una comunidad. Así, la prevención debería jugar un rol fundamental en las estrategias del sector salud, con amplitud intersectorial e interjurisdiccional. Poder trabajar interdisciplinariamente con roles definidos, articulando los recursos existentes en la comunidad: no gubernamentales, religiosos, líderes comunitarios, etc.

Sistematización de la experiencia

Historia de la Demanda:

El programa se inscribe en la línea investigación-acción, es el resultado de una sistematización de acciones efectuadas en dos etapas diferentes. La

primera, corresponde a la organización y puesta en marcha del trabajo Institucional de la Escuela. Y la segunda, a la Capacitación de Promotores que consta de evaluaciones y seguimiento de la misma.

Dichas intervenciones, fueron realizadas en el marco de una demanda convocada por una Institución Escolar al área de Prevención de la Casa del Joven. El origen de esta inquietud aparece a fines del año 1996 con la solicitud de un turno de “asistencia”, efectuada por un preceptor para alguno de sus alumnos que presentaban dificultades con el *consumo de alcohol*.

A partir de esta situación, se va generando un acercamiento Interinstitucional, en donde, se comienza a pensar la posibilidad de realizar actividades de Prevención en la Escuela y en donde damos comienzo a la primera etapa de *diagnóstico*. De esta forma, se fue creando un seguimiento más profundo y detallado de la demanda y se propone, desde el Area de Prevención, que este interés personal del preceptor sea trasladado a sus autoridades, con el fin de crear y formalizar un espacio de trabajo con la Escuela y algunos docentes interesados en acompañar este trabajo.

Como resultado de este intercambio, se propone realizar un taller con docentes en la Escuela; se decidió desarrollar las siguientes actividades:

- 1) Desde la Casa del Joven, formación de “Promotores de Salud”, elegidos por votación en los diferentes cursos; convocatoria de docentes voluntarios, en el rol de docentes guía.
- 2) Desde la Institución escolar, se establecen reuniones conjuntas entre docentes, tutores y alumnos, en donde se informa sobre el proyecto y se confecciona una encuesta anónima para la selección de contenidos a desarrollar en los talleres.

La segunda Etapa, se desarrolla cuando comienza el Programa de Capacitación a los Promotores de Salud.

Metodología del trabajo

Se establece en base al taller como tiempo, espacio para la “vivencia, reflexión” y “conceptualización” como síntesis del pensar, el sentir y el hacer: como el lugar para la participación, el aprendizaje y la sistematización de los conocimientos.

El taller como modalidad operativa que requiere del trabajo en grupos. La construcción y consolidación de los grupos, que necesita de un proceso en el que se posibilita y se prepara a los participantes, para experimentar y concienciarse de su realidad junto a la de otros.

El *objetivo* principal de la dinámica grupal, es ayudar en el proceso de personalización en el que se *va pasando de la pluralidad a la unificación*, la capacitación del equipo de apoyo se efectúa para favorecer la participación organizada de las asignaturas reales.

Desarrollo

Los profesionales de la Casa del Joven atendieron la demanda del Preceptor, trasladada a la Rectora y docentes voluntarios, con la finalidad de lograr un espacio común de diagnóstico y elaborar las propuestas de trabajo. En este primer encuentro se concluyó en realizar un Proyecto de Promotores de Salud para la Institución que, consiste en:

Docentes Voluntarios de las disciplinas, comprometidos a trabajar transversalmente, desde las temáticas abordadas por los profesionales de la Casa del Joven.

Docentes Guías, son los comprometidos en la elaboración y ejecución concreta del Proyecto con los alumnos.

Alumnos promotores de Salud Voluntarios, son los alumnos que fueron elegidos voluntariamente por votación de sus compañeros de distintos cursos y turnos, comprometidos a capacitarse mensualmente en la Casa del Joven y a

trabajar en forma continua sobre estas temáticas en la Escuela y en su entorno, respaldado por los docentes guías y profesionales de la C. Del Joven.

Y desde la **Institución Escolar** se establece en forma conjunta con el gabinete psicopedagógico y el cuerpo docente comprometido, a acompañar a los alumnos voluntarios y *a realizar una encuesta* en la Institución para recoger las necesidades sistemáticas de sus compañeros.

Esta encuesta se realizó a 600 alumnos de la Escuela. Los **temas** seleccionados como prioritarios fueron: ***adicciones-violencia-sexualidad***.

Los talleres de la Casa del Joven se ***realizaron durante un año con una frecuencia mensual y asesoramiento quincenal*** para las actividades desarrolladas por los alumnos promotores en la Escuela; dichas actividades fueron:

- Presentación del Grupo de Promotores
- Charlas por cursos
- Proyección de vídeos de prevención
- Organización de jornadas deportivas
- Concursos sobre ideas de prevención
- Elaboración de una carpeta con temas tratados en los diferentes encuentros

Evaluación y cierre

Los indicadores tenidos en cuenta para la evaluación final, fueron:

Asistencia: **a) Alumnos promotores**, esta fue medida en cuanto a la cantidad de inscriptos, que fueron 32 alumnos, en donde se mantuvo fijo el número, en el sexo femenino; disminuyó de 20 a 10 en el masculino.
b) Docentes, se midió en cuanto a la cantidad de inscriptos, que eran 16; voluntarios que trabajaban desde las asignaturas y los docentes guías. De

estos últimos quedaron siete que, constituyeron el grupo de docentes guías (es importante destacar que eran todos del sexo femenino).

Compromiso: de los alumnos promotores con su rol. Fue evaluada en cuanto a las actividades que ellos planificaron desarrollar en la escuela y las que se pudieron concretar finalmente.

De las actividades propuestas se concretaron:

- Establecieron un espacio de trabajo semanal, en donde fueron consolidando el grupo y las actividades propuestas.
- Se mantuvieron en contacto con la Casa del Joven
- Trabajaron grupalmente en la elaboración de un logo de promotores que los identificara.
- Presentación de afiches relacionados con los temas tratados.
- Elaboración de una carpeta sobre las temáticas tratadas.
- Organización de actividades recreativas y programa de cierre de fin de año.

Evaluación de cada Taller

Se fue trabajando en forma grupal e individual, a través de preguntas anónimas referidas a: contenido temático de los profesionales, técnica utilizada para el desarrollo del taller y participación individual y grupal de los alumnos, en cuanto a la adquisición de conocimientos.

- Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA)

Esta Federación está constituida por 44 Instituciones dedicadas a la prevención y asistencia de los adictos. Los programas asistenciales comprenden Comunidades terapéuticas y Programas de Tratamiento Ambulatorio.

FONGA tiene como objetivo enlazar las distintas instituciones en el desarrollo de políticas complementarias de capacitación, integración de recursos, proyectos comunes de prevención e investigación, proponiéndose al mismo tiempo la formalización de convenios ante los poderes públicos, y actuar como organismo asesor de las estructuras gubernamentales.

En septiembre de 1993 firmó con el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación un Convenio Marco de Cooperación Técnica.

En 1994 firmó un Convenio Marco con la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires que permitió llevar adelante tres proyectos: 1. **Fondroga**, servicio gratuito las 24 horas del día para la comunidad: información, orientación y derivación para personas y familias con problemas de uso indebido de drogas. 2. **Capacitación en comunidades terapéuticas**, bajo la modalidad de Pasantías. 3. **Cursos de capacitación sobre la problemática adictiva**, dirigidos a magistrados, funcionarios y personal del Departamento Judicial.

En 1996 organizó el Seminario Itinerante: “Drogas y Adicciones: Prevención y Tratamiento”, realizado en el marco del **PROGRAMA CONOSUR**, subsidiado por la Unión Europea.

FONGA ha constituido la Red de Instituciones Prestadoras de Asistencia en Drogodependencia (**RIPAD**) integrada por representantes de las instituciones de FONGA.

8.2.2. Chile

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) reporta sobre diversas iniciativas para la Prevención de las Drogodependencias:

Creación y desarrollo del Sistema Nacional de Información sobre Drogas

Este Sistema comprende la realización de diagnósticos periódicos mediante encuestas nacionales, estudios cualitativos y estudios en poblaciones específicas, realizadas por la Secretaría Ejecutiva del CONACE.

Comité Coordinador de Prevención

Ha funcionado desde 1992. Conformado por todos los Ministerios representados en el Consejo Nacional, esta instancia se ha establecido para coordinar toda la acción que resume la respuesta pública en la materia, por lo que allí se analiza la marcha de un total de once programas, proyectos y acciones, la mayoría de alcance nacional, cuya responsabilidad reside en una, dos y hasta tres Secretarías de Estado. Este Comité ha preparado un proyecto que con financiamiento del Gobierno de Alemania, pretende fortalecer tanto la imagen corporativa del CONACE, como el conjunto de actividades, las redes sectoriales y esta respuesta pública en general, teniendo como eje estratégico la elaboración, producción y aplicación de materiales preventivos de apoyo, y las acciones cara a cara con las poblaciones que atienden.

Coordinación con Organismos No Gubernamentales

A partir de 1995 se comienza a establecer una coordinación permanente con los Organismos No Gubernamentales que desarrollan actividades de prevención, tratamiento, investigación u otros, relacionados con el consumo de drogas tanto en el ámbito regional como nacional. Esta coordinación se manifiesta en:

- Reuniones bilaterales o multilaterales de carácter mensual con el objeto de intercambiar puntos de vista sobre temas específicos, e intercambio de experiencias en el trabajo concreto que se está desarrollando.
- Participación en la organización, planificación y ejecución de seminarios y eventos según las necesidades que surgen.

Durante 1996 se realizó el Seminario “Las Drogas una Visión del Estado y la Sociedad Civil”, generando un espacio de reflexión en cuanto a la relación que debe existir entre el estado y los organismos no gubernamentales. Además se realizó el primer seminario itinerante, programa **CONOSUR**, dependiente en Chile de la **Universidad “Diego Portales”**, destinado a la formación de personal sociosanitario en el campo de la demanda de drogas, con el objeto de facilitar el aporte de análisis de las experiencias de los países de Argentina, Paraguay y Chile y de algunos países de la Comunidad Europea.

- Frecuencia de conductas de riesgo entre adolescentes hijos de padres bebedores frecuentes

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con el objetivo de prevenir adicciones entre menores, realizó un estudio consistente en analizar cómo la ingesta de alcohol de los padres determina conductas de riesgo en los hijos, entendidas como aquellas que aumentan la posibilidad de que una persona presente problemas de salud en el futuro.

Para el efecto se encuestó a 1904 jóvenes de séptimo básico a cuarto medio de la ciudad de Santiago, seleccionados por conglomerados, en forma trietápica y estratificada, con error de 2,5% y un nivel de confianza de 95%. Se les administró una versión modificada y probada en Chile del “Minnesota Adolescent Health Survey”, donde se les preguntó por consumo de sustancias químicas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, inhalantes, anfetaminas y otras drogas), actitudes antisociales (vandalismo, agresión individual, grupal y robo) y por presencia de síntomas emocionales.

Como resultado de lo anterior, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los hijos de padres bebedores ocasionales y el grupo bajo estudio, en el sentido de presentar, éste último, mayor frecuencia de consumo de sustancias químicas, actitudes antisociales y síntomas emocionales. Se concluyó que el ser hijo de alcohólico o bebedor frecuente

de alcohol constituye un factor de vulnerabilidad para la presencia de mayor consumo de sustancias químicas y otras conductas de riesgo en la adolescencia.

El consumo frecuente de alcohol por parte del padre o de la madre tiene directa relación con el consumo de alcohol y otras sustancias químicas por parte de los hijos adolescentes, como mostraron las estadísticas del trabajo.

También, las conductas antisociales como vandalismo (destruir objetos), agresión individual o grupal y robo, son más frecuentes entre jóvenes hijos de padres bebedores frecuentes de alcohol.

Los resultados son estadísticamente significativos en cuanto a la correlación de consumo frecuente de alcohol entre los padres y la aparición de conductas de riesgo entre sus hijos.

Llamó especialmente la atención el impacto del consumo de alcohol por parte de la madre, lo que puede ser explicado en varios niveles: se corrobora la importancia del vínculo madre-hijo, así como el hecho de que el alcoholismo en la mujer es más severo y tiene mayor base genética.

Estos datos son de interés en el planeamiento de actividades preventivas, tanto en el nivel de prevención primaria como secundaria. La multicasualidad de estos problemas requiere que las intervenciones sean abordadas en forma integral y desde un punto de vista sistémico, que abarque al adolescente y sus entornos, especialmente familiares.

- Prevención prenatal: consumo y embarazo

El alarmante número de mujeres embarazadas consumidoras de pasta base, hace inaplazable un programa que dirija a esta población sus esfuerzos.

Desde 1994 en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) se han diagnosticado 110 hijos de consumidoras de pasta base y clorhidrato de cocaína, solas o asociadas a alcohol y otras drogas. Se han estudiado 70

niños, de los cuales 34% presentaban bajo peso de nacimiento, 20% son pequeños para la edad gestacional. También presentan aumento de frecuencia de cardiopatías congénitas (10%), convulsiones (10%), apneas (14%), muertes súbitas 23 de cada mil, además de hiperactividad, trastornos del sueño y agresividad. Sus hospitalizaciones son más frecuentes, más graves y prolongadas; generalmente requieren medidas de protección y van a diversas instituciones. Todo lo cual significa limitaciones físicas, intelectuales y sociales para estos menores y un enorme gasto social en salud, educación, justicia, etc. Por esto, la drogadicción fetal requiere de una urgente prevención.

Drogadicción Fetal

El abuso de drogas durante la gestación, en especial la pasta base, está ampliamente difundida en el Área Metropolitana Sur Oriente (AMSO) de Santiago, estando muchas “comunas” afectadas. Esta área tiene una población de 1.200.000 habitantes y es la que tiene mayores problemas socioeconómicos del Área Metropolitana

Debido a la dificultad para obtener el antecedente de drogadicción, en la maternidad del Hospital Sótero del Río se detecta solamente una tercera o cuarta parte de las embarazadas que consumen pasta base y también entre adolescentes embarazadas que se controlan en la Unidad de Salud de Adolescentes del Servicio de Pediatría.

Durante los últimos años se han diagnosticado más de 110 hijos de consumidoras de pasta base. Se analizan los antecedentes de 70 debido a la poca adherencia de estas madres al Servicio de Salud. De éstos, el 41% se controla de forma más o menos regular y coinciden ser los que están a cargo de familiares o personas ajenas al núcleo familiar; el resto, 59% asiste sólo de manera ocasional a los controles o, no regresa nunca más.

Las características de las embarazadas consumidoras de pasta base son las siguientes:

El 25% son adolescentes, el 51% solteras, más un 34% que están en situación legal irregular; suman un 85%, lo que constituye un inmenso problema social y económico para sus hijos y una carga social considerable e insospechada para el estado.

Conclusiones

Se puede concluir que durante el embarazo el consumo de drogas provoca daños fetales numerosos, importantes y definitivos; pues los defectos prenatales no se corrigen en la vida postnatal. Así se observan diversos trastornos físicos, intelectuales y sociales:

- Alteraciones del sistema nervioso central con retraso del desarrollo psicomotor, trastornos del lenguaje, inteligencia y conducta; por lo que estos niños necesitan tratamiento médico especial, idealmente por equipo multidisciplinario y también necesitan educación especial.
- Desnutrición prenatal y/o postnatal que requiere apoyo nutricional o, en los casos más severos, permanencia en centros nutricionales.
- Aumento de la morbilidad y mortalidad debido a su inmunodeficiencia, la que sumada a un ambiente familiar adverso, provocan patologías más severas y de evolución arrastrada, requiriendo hospitalizaciones prolongadas y en unidades pediátricas más complejas, con mayor gasto en salud.
- Abandono familiar que requiere frecuentemente apoyo social, mediante recursos de protección para que estos menores vayan a hogares de adopción, colocaciones, o tutela de otros familiares.
- Dificultad en la rehabilitación de los padres, por la falta de convicción de su enfermedad y la rápida adicción a las drogas, especialmente a la pasta base. Por otro lado, los grupos psicoterapéuticos e instituciones

rehabilitadoras son insuficientes en número y capacidad por lo prolongado de estas terapias.

8.2.3. Uruguay

La Junta Nacional de Drogas, desde su Área de Reducción de la Demanda, reporta que reducir la demanda de drogas mediante la coordinación y ejecución de acciones de prevención del consumo de drogas, es prioridad para los organizadores de las diferentes intervenciones orientadas a luchar contra el abuso de sustancias psicoactivas. Para materializar lo expuesto propone:

Actividades y programas

- Organización y Coordinación de Foros Por la Vida
- Información/Sensibilización/Capacitación del Personal Docente de la Educación Pública y Privada.
- Coordinación con el Sector Salud: médicos, licenciadas en Enfermería y auxiliares de Enfermería.
- Coordinación de actividades con ONGs
- Participación en eventos nacionales e internacionales representando a la Junta Nacional de Drogas (JND)
- Coordinación de la Cooperación Internacional dirigida a apoyar la Prevención, Promoción, Tratamiento y Rehabilitación.
- Coordinación de campañas de difusión en medios masivos y pequeños medios.
- Diseño de material gráfico y audiovisual de apoyo.

Iniciativa “Vivir”

Su orientación es hacia padres y formadores, y se les invita a recordar su propia adolescencia, para así poder ayudar a quienes la viven en el presente, los adolescentes con quienes viven o educan.

Desde “Vivir” se emplaza a recordar este ciclo de vida:

- Aparece una moral autónoma; las normas emergen de las relaciones de reciprocidad y cooperación, y no de la imposición de los adultos.
- Es un período en el que se producen cambios corporales, afectivos, cognitivos, de valores y de relaciones sociales.
- El adolescente tiene una gran necesidad de reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo.

Los adolescentes y el consumo de drogas

- Es fundamental tratar de retrasar lo más posible el momento del primer contacto. Ya que a menor edad en el inicio, mayor riesgo de tener posteriormente problemas con ellas.

Por eso, en estas edades es necesario intensificar las acciones preventivas, especialmente trabajando la relación de los alumnos con su grupo de iguales. Y esto porque los primeros consumos tienen lugar casi siempre con los amigos.

- La droga más consumida entre los escolares de 14 a 18 años es el alcohol (más de un tercio de los escolares beben habitualmente).
- Preventivamente, es conveniente alertar a los alumnos sobre técnicas del marketing de la venta de alcohol.
- Se debe trabajar la idea que los adolescentes tienen del consumo de alcohol, la cual no difiere mucho de la del conjunto de la sociedad: se tiende a infravalorar los riesgos del uso de drogas legales frente a los de las ilegales.
- Reforzar la capacidad de resistencia a la presión del grupo.

- Atenuar la relación entre la madurez y el hábito de fumar o beber.

El mayor consumo los fines de semana, muestra la asociación entre tiempo de ocio y consumo de drogas, lo que indica la necesidad de promover hábitos saludables en la ocupación del tiempo libre.

Cánnabis

El retraso en el consumo de marihuana es uno de los objetivos centrales de la prevención, en tanto que retarda el momento del primer contacto con el conjunto de las drogas ilegales.

Tranquilizantes

Muchos jóvenes declaran haber consumido alguna vez tranquilizantes sin prescripción. Esto indica que, preventivamente, se debería reducir la disponibilidad de estas drogas, así como tratar de no ofrecer modelos de consumo abusivo.

Éxtasis, LSD y Speed

Son entre las demás drogas, las más consumidas por los jóvenes en la etapa de la iniciación en el consumo en espiral.

Se encuentran jóvenes consumidores para los cuales las drogas son un fin en sí mismo, ligado a la diversión, la música y la noche, y una señal de identidad que los diferencia de los no consumidores.

Los efectos referidos por los consumidores de éxtasis (MDMA y similares) nos dan una pista del porqué de su éxito entre los jóvenes: dado que esta droga **actúa principalmente incrementando la sociabilidad y proporcionando una rápida y cómoda (aunque ficticia) cohesión grupal**, no es de extrañar que, en unas edades en las que el grupo de iguales es el principal vivero de socialización y el marco de referencia para la vida social, su uso se haya extendido entre ellos con tanta facilidad.

Por esto, desde la Prevención, habrá que reforzar la resistencia a la presión del grupo, favorecer la capacidad para establecer relaciones no dependientes con él, así como promover señas de identidad contrarias al uso de drogas son, por tanto, objetivos prioritarios de nuestra intervención.

Además, las nuevas formas de explotación económica del ocio juvenil (macrodiscotecas en las que se baila música más o menos “hipnótica”) han propiciado pautas de utilización del tiempo libre que combinan el uso de drogas con el baile, la música, el movimiento...

Por tanto la creación de alternativas para la ocupación del tiempo libre y la educación de las actitudes favorables a una ocupación creativa del ocio (mediante el desarrollo de aficiones e intereses) es también una tarea preventiva de primer orden.

Otras drogas

El consumo de otras drogas, de uso más o menos frecuente en nuestra sociedad (cocaína), tienen escasa incidencia entre los escolares. Pero para un país como Uruguay, el problema de la cocaína reside en el lugar que ésta ocupa en el discurso social, ya que simboliza a la “droga” por excelencia.

8.2.4. Nicaragua

- Programa de prevención integral dirigido a jóvenes vulnerables.

Managua (Nicaragua)

Organismo subvencionador: Excelentísimo Ayuntamiento de Sevilla.

- Periodo de ejecución

12 meses

- Contraparte local

ACRA-INPRHU⁸⁴- Antecedentes y contexto

La situación en Nicaragua está marcada por la guerra y los desastres nacionales, que han dejado una economía muy precaria, con grandes problemas de orden social:

- 620.000 personas desplazadas
- 10.000 discapacitados de guerra
- 600.000 niños en circunstancias difíciles, de los cuales 6.000 viven en la calle en situación de abandono.

La mayor parte de los menores, en situación vulnerable, vive en “focos” en los que las unidades familiares completas no son frecuentes, y los menores suelen convivir con las nuevas parejas de sus madres. Esta situación, unida a la extrema pobreza, provoca cuadros de abandono, abuso sexual y maltrato infantil, lo que en un porcentaje elevado da lugar a procesos de callejización de los menores.

Se aprecia un incremento peligroso del número de niños y jóvenes (5-18 años) consumidores habituales de drogas. Estos grupos muestran conductas destructivas tanto para ellos como para la sociedad, no contando con alternativas viables que contrarresten lo antes mencionado (no existen políticas o estrategias reales, dirigidas a este tipo de proyectos).

“A nivel teórico, se cuenta con un marco legal para abordar el problema, pero la realidad es que la situación social no permite destinar los recursos necesarios para su aplicación” (“Intercambio” 1999)

⁸⁴ **ACRA**: ONG italiana con 30 años de antigüedad, que trabaja en África y América Latina, y centra su trayectoria en proyectos de desarrollo rural sostenido. **INPRHU**: ONG nicaragüense con una larga trayectoria de trabajo con población marginal, y con actividad en los focos en los que se lleva a cabo el Proyecto.

La intencionalidad de los consumos es, generalmente, terapéutica; es decir, se consume como huida de la situación personal que se vive:

- Destrucción familiar
- Maltrato infantil y abusos sexuales
- Trabajo infantil
- Falta de escolarización
- Pésimas infraestructuras
- Poca atención sanitaria (brotes de malaria por la cercanía de alguno de los asentamientos al Lago de Managua).

- Objetivos del Programa

Objetivo general

Mejorar la calidad de vida y las expectativas de futuro de la población diana, a partir del desarrollo de actuaciones en prevención de drogodependencias que incidan de forma directa en los factores de riesgo detectados.

Objetivos Específicos

- Capacitar para el desarrollo de las actuaciones preventivas, a un grupo de promotores y mediadores, dotándolos de los recursos técnicos y la asistencia necesaria para el desarrollo de su labor.
- Llevar a cabo los programas de prevención, a partir de la puesta en funcionamiento de talleres de capacitación prelaboral.
- Apoyar a aquellos menores y jóvenes que, incluidos en las acciones programadas, presentan una situación más vulnerable.

- Implicar a los recursos formales y no formales del entorno próximo, en el desarrollo de las actuaciones preventivas desarrolladas.

- Favorecer el seguimiento y difusión de los objetivos alcanzados, en el seno de la RED de ONGs que trabajan en prevención de drogodependencias en Nicaragua, al objeto de apoyar la sostenibilidad de las acciones en curso y de aumentar su efecto multiplicador.

- **Actuaciones a realizar**

- ***Actuación 1***

Puesta en funcionamiento del Programa, e implicación en su desarrollo de los estamentos formales implicados.

- Actor: Coordinador del Programa.

Para rentabilizar el coste de su misión, el curso de formación de formadores se programa como continuación de esta actividad, y se incorpora como ponente.

- ***Actuación 2***

Realización de un curso de formación de formadores, destinado a capacitar para el trabajo preventivo a los técnicos de las instituciones contraparte en el Proyecto.

Actores

Dos técnicos españoles con experiencia en la formación y puesta en funcionamiento de programas de prevención de drogodependencias.

Destinatarios

- Recursos humanos del Partenariado ACRA-INPRHU: 14 técnicos.

- Responsables escolares y comunitarios de los focos en los que se llevará a cabo la extensión de programas preventivos: 12 promotores (4 por foco).
- Responsables gubernamentales de carácter local.
- 6 agentes locales (2 por foco).
- Miembros de la RED de ONGs que trabajan en prevención. (En este punto y aunque posteriormente no tengan una implicación directa con el Proyecto, se busca el rentabilizar el efecto multiplicador de la acción, su visibilidad y, en consecuencia, apoyos a una autosostenibilidad futura.

- Actuación 3

Revisión y edición de materiales para la formación y la extensión de los programas preventivos, a partir del fondo editorial de la FAD.

Actores

Equipo técnico de la FAD, en coordinación con el equipo técnico de ACRA-INPRHU.

Destinatarios

Material destinado a la formación de mediadores y puesta en funcionamiento de los Programas preventivos: 150 juegos de material.

Material destinado a la población diana: 1.500 juegos de material, diferenciado en dos rangos de edades.

- Actuación 4

Realización de tres cursos de formación de mediadores, uno por foco, en los que se trabaja tanto la capacitación de los asistentes, como la elaboración y puesta en funcionamiento de los futuros programas de prevención de drogodependencias, incluidos en los talleres preocupacionales, y conectados

con las parcelas de socialización de las poblaciones diana, fundamentalmente: escuela y comunidad.

Actores

Los 14 técnicos capacitados en el proceso de formación de formadores, serán los responsables de la realización de los cursos de formación de mediadores, y de la puesta en funcionamiento de los programas de prevención (tres cursos, uno por foco)

Destinatarios

- Los instructores de los talleres preocupacionales: 6 instructores (2 por foco).
- Los educadores sociales que desarrollan su labor en los focos: 9 educadores sociales (3 por foco)
- Integrantes de las plataformas de participación comunal: 12 líderes de las comunidades (4 por foco)
- Profesores de los centros escolares de influencia de la población diana: 12 profesores (4 por foco)
- Mediadores de otras ONGs que desarrollan programas comunitarios en los focos atendidos con el Programa: 15 mediadores (5 por foco).

- Actuación 5

Puesta en funcionamiento de los programas de prevención, a partir de los talleres preocupacionales. Las áreas de trabajo, entre las que se selecciona un taller para cada foco, en función de la salida laboral real del medio: serigrafía, carpintería, panadería.

Actores

- El equipo de coordinación: 4 coordinadores (1 coordinador general y 1 coordinador por foco)
- El resto de actores de esta acción son los mismos que intervinieron en la acción 4.

Destinatarios directos

- Participación en los talleres prelaborales: 180 jóvenes (60 por foco).
- Se trabaja con ellos con los mediadores formados, y reciben el material preventivo: 1.320 jóvenes.

- Actuación 6

Apoyo psicopedagógico a una población de 45 jóvenes en situación de “vulnerables”, a partir de un equipo multiprofesional constituido por los coordinadores de foco, más un psico-pedagogo, experto en trabajo con población marginal, que coordina la actuación del Equipo.

Actores

Equipo psico-pedagógico: 4 integrantes.

Destinatarios

45 jóvenes en situación de vulnerables: 15 por foco.

- Actuación 7

Apoyar la implementación de los programas preventivos en ejecución, así como las posibilidades de viabilidad y autosostenimiento, a partir de la implicación de organismos de carácter local o regional.

Actores

Experto español en coordinación con el responsable local del Proyecto.

- Actuación 8

Convocar encuentros periódicos (trimestrales) que permitan la participación y seguimiento del proyecto por parte de representantes de las ONGs incluidas en la Red de Prevención.

- Actuación 9

Misión de evaluación final del Proyecto

Actores

Experto español en coordinación con el responsable local del Proyecto.

8.2.5. Colombia

Históricamente los recursos del Estado se han dirigido fundamentalmente a contrarrestar el problema del consumo a través de sistemas represivos y, en muy baja proporción se destinan, a programas de educación y prevención. La prevención tiene una historia muy corta en Colombia, 15 a 20 años; por lo que, sin lugar a dudas, es un proceso en construcción. Se ha trascendido de estrategias centradas en el temor y el miedo, a estrategias de fortalecimiento de la persona frente a la toma de decisiones, el autocuidado y la autoconciencia.

“Se hace uso de estrategias de información y capacitación, enfatizando en lo social, familiar, escolar, laboral e individual; intentando construir desde allí un pensamiento nuevo, unas formas de relacionarse distintas donde el respeto a sí mismo, al otro y al entorno social sean elementos claves en la dinámica preventiva.”⁸⁵

⁸⁵ TELLO, Angela, Directora Ejecutiva del la Corporación Caminos. “Intercambio” N°.5.1999.

Desde otro ángulo, encontramos el trabajo de la organización “**SURGIR**”, cuyo director, Jorge Melguizo, comenta las características de sus propuestas para la prevención de las drogadicciones.⁸⁶

El enfoque de SURGIR está determinado por el modelo de factores de riesgo y factores de protección y, a su vez, con una alta incidencia del modelo psicosocial, que tiene en cuenta el conjunto de relaciones sociales de la persona y de como ésta determina sus posiciones ideológicas y actitudinales, frente a las drogas y las situaciones que derivan de su consumo.

Una de sus estrategias más utilizadas, es la captación de mediadores sociales (profesores, líderes comunitarios, dinamizadores de grupos juveniles, etc.) que son capacitados para que a su vez sean ellos quienes promuevan las acciones preventivas en la escuela.

La nueva tendencia a la hora de intervenir en prevención, tanto a nivel general como desde SURGIR, es promover la conformación de redes de participación social que permitan fortalecer las instancias de discusión y análisis de las propuestas educativas y preventivas que se presentan tanto a nivel local como a nivel nacional.

Con el desarrollo de su proyecto, “**La aventura de la vida**”, está en los departamentos del Valle del Cauca en 19 instituciones educativas; en el Departamento de Antioquía en 7 Municipios, aparte de Medellín y su Área Metropolitana, donde se desarrolla con mayor intensidad.

A través del “**Proyecto Red**” de formación de educadores para la prevención del uso indebido de drogas, que ejecutaron para el Viceministerio de la Juventud se llegó con acciones de prevención en el contexto escolar a 25 departamentos, 95 municipios y 190 instituciones educativas.

⁸⁶ “Intercambio” Ed. FAD. N°2, 1998.

8.2.6. Bolivia

Según la guía para la acción social “**Mapa de la pobreza**” publicada por el Ministerio de Desarrollo Humano de Bolivia, más de la tercera parte de los hogares bolivianos se encuentra en la extrema pobreza (el 31.7% de las unidades familiares vive en condiciones de marginalidad, y un 33% presentan pobreza moderada). Esta realidad socioeconómica determina que la edad laboral en Bolivia sea de 8 años, con una severa tendencia de reducir a los 6 años, cuando apenas el ser humano comienza a discernir respecto a su existencia.

En el país existen alrededor de 569.000 niños y adolescentes que trabajan, y estos constituyen el 28.5% de la población de 7 a 18 años de edad. De esta población 138.000 trabajan con sus familias sin ser remunerados y 431.000 ejercen trabajos remunerados, de los cuales aproximadamente 164.000 están en las áreas urbanas.

Frente a toda esta situación **Enda-Bolivia** ha propuesto el desarrollo de un programa alternativo de prevención integral de la marginalidad en la población infanto-juvenil de y en la calle de Bolivia, realizando como tarea fundamental el desarrollo de un proceso pedagógico-social alternativo que comprende una formación integral a favor del niño en situación de riesgo.

Objetivos fundamentales

- Disminuir el riesgo del niño, niña y adolescente en la calle.
- Mejorar su modo de socialización.
- Favorecer su integración comunitaria.

Etapas

El programa se desarrolla en base a cinco etapas que constituyen el proceso pedagógico-social de Enda-Bolivia, las cuales son:

- Subcultura de la calle.
- Primera comunitarización.
- Responsabilidad personal.
- Reinserción laboral.
- Inserción social.

Áreas del Programa

Enda-Bolivia, para velar por la integridad del desarrollo de los niños de y en la calle, trabaja con un equipo multidisciplinario de profesionales que hace que no se descuide ninguna de las áreas que son importantes en este objetivo.

Área socio-jurídica

- Reinserción familiar, apoyo y seguimiento social.
- Fortalecimiento ocupacional.
- Incorporación laboral.
- Organización comunitaria.
- Dormitorios de emergencia y comunitarios.
- Sistema de ahorro social comunitario.

Área psicopedagógica

- Reinserción, seguimiento, apoyo y evaluación escolar.
- Orientación vocacional y capacitación.
- Cultura, deporte y recreación.

Área de salud y nutrición

- Salud asistencial: Medicina general, Odontología, Enfermería y Farmacia.
- Salud preventiva: Charlas educativas y Programas de Salud.
- Nutrición: Atención de comedores y Charlas educativas.

Area de recursos laborales

- Pretalleres.
- Unidades sociales productivas.
- Banco de empleos.
- Capacitación laboral.

Area de investigación, comunicación y proyectos

- Investigación social de la problemática del niño, niña de y en la calle.
- Información, difusión y comunicación de la experiencia institucional.
- Elaboración de proyectos.

Estrategias del programa

Para poder lograr los objetivos trazados por el Programa y desarrollar todos los proyectos y subproyectos, se han planteado las siguientes estrategias.

- Estrategia de investigación y comunicación.
- Estrategia de gestión participativa.
- Estrategia de servicios.
- Estrategia de recursos laborales.
- Estrategia de Inserción laboral.

- Estrategia de formación de recursos humanos.

Ciudades de acción

Enda-Bolivia trabaja actualmente en las ciudades más deprimidas de Bolivia.

Como programa desarrolla sus actividades en las ciudades de El Alto (La Paz) zona Altiplánica y las ciudades de Trinidad, Guayaramerín y Riberalta del Depto. Beni, zona tropical amazónica fronteriza con Brasil.

8.2.7. Venezuela

El Centro de Investigaciones para la Infancia y la Familia, de la Universidad Metropolitana de Caracas, organizó un Foro titulado “Prevención del uso y abuso de drogas en el ámbito, comunitario, familiar y escolar”. Desde allí se lanzaron las siguientes recomendaciones:

- Una política de **prevención integral**. En Venezuela se ha implementado recientemente una coordinación intersectorial para la prevención de los diferentes Ministerios e Instituciones del ámbito educativo, judicial, social y salud, que conforman la Comisión Nacional Antidrogas.
- La necesidad de pasar de una orientación basada en la reducción de la oferta de la droga, hacia un enfoque de **reducir el consumo a través de la educación**.
- **La educación entendida** como el proceso que se inicia en el hogar, **en el seno de la familia**, en el quehacer cotidiano, en manos de los primeros y verdaderos educadores de los niños: los padres.
- **La escuela**, con su capacidad tanto de diagnosticar los factores de riesgo, que rodean su quehacer, como de intervenir precozmente tanto en el ámbito de los niños y adolescentes como en su comunidad educativa, transformándose en **un compañero en la ruta de la prevención**.

- La necesidad de conectar alianzas y redes nacionales e internacionales para trabajar en forma conjunta en la tarea de la prevención, optimizando el uso de recursos tanto materiales como humanos. La importancia de programas de cooperación internacional ha sido constatada en Venezuela por la participación en programas regionales tales como los que la **FAD** ha ejecutado con éxito en los encuentros desarrollados en Lima y Medellín en agosto de 1996, en los que participaron representantes de **19 ONGs pertenecientes a los países del Pacto Andino**. Dicho programa reforzó institucionalmente a las organizaciones, propiciando un consenso metodológico así como el desarrollo técnico de las mismas. Facilitó una referencia para la cooperación en el sector drogas, sirviendo de puente bidireccional para los programas entre Europa y Latinoamérica.

8.2.8. El Salvador

“**FUNDASALVA**” es una institución sin ánimo de lucro y apolítica que, lleva trabajando en prevención desde 1989; partiendo de una iniciativa de un grupo de profesionales y empresarios ante el incremento del uso indebido de drogas.

- Departamento de Prevención

Su trabajo se orienta a todos los grupos de poblaciones, con especial énfasis en programas destinados a niños y jóvenes.

Los programas destinados al sector formal han alcanzado cobertura nacional a través de la coordinación con el Ministerio de Educación, amparados en un convenio desde el año 1990.

En el sector no formal, los programas se han desarrollado en forma directa con las comunidades en vías de desarrollo, comunidades rurales y urbano marginales.

- El Convenio con el Ministerio de Educación, ha capitalizado a la fecha una experiencia importante de programas:

- Programa modelo de educación preventiva integral, nivel básico.
- Programa de servicio social estudiantil “Joven saludable”.
- Escuela de padres y madres.
- Apoyo al proceso de reforma educativa en el nivel medio de educación (Area de formación aplicada).
- Prevención y atención psicosocial a niños en la comunidad educativa de zonas ex –conflictivas.
- Prevención y disminución de la violencia estudiantil.
- Programa de prevención educativa en comunidades identificadas con altos índices de violencia y presencia de Maras (escuelas EDUCO)

- En el sector no formal se han desarrollado Programas en Municipios y Comunidades en vía de desarrollo a través de:

- Esfuerzos coordinados con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social desde el año 1992, a través de un convenio suscrito con dicho Ministerio.
- Intervenciones directas.

REINSERCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

- **Introducción**

- 1. Apoyo Institucional a la Reinserción**
- 2. Clarificación terminológica**
- 3. Ejemplo de Fase de Reinserción en programa de CT**
- 4. Programa específico en CT de corta duración**
- 5. Intervenciones y experiencias en España**
- 6. Situación en Italia**
- 7. Iniciativas en Grecia**
- 8. Un Ejemplo Francés**
- 9. Portugal: La ONG DIANOVA como Empresa de Inserción**

REINSERCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

- Introducción

Los términos reinserción, integración o incorporación social, al margen de otras consideraciones de fondo en cuanto a las diferencias conceptuales existentes entre los mismos, se utilizan indistintamente para referirse a aquella parte de la intervención en drogodependencias, que tiene que ver con los procesos de socialización y normalización de los sujetos en tratamiento.

Encontramos que, aunque teóricamente se suelen señalar cinco *áreas* básicas en los programas de reinserción: relacional, laboral, formativa, de salud y lúdico-recreativa; en la práctica, todos los recursos (Centros de Día, Comunidades Terapéuticas, Centros de Tratamiento Ambulatorio, etc.) intervienen básicamente sobre el área laboral y, con menor intensidad, en las áreas formativa, relacional y lúdico-recreativa.

La reinserción social de un drogodependiente es un proceso que comienza desde el primer momento del tratamiento, a pesar de que en muchos programas esta fase se sitúa después de la desintoxicación y la deshabitación. Este modelo, tan común, ha quedado trasnochado con el espectacular incremento de los programas de metadona.⁸⁷

Igualmente, no se debería hablar de reinserción en la “sociedad” en general, sino más bien de reinserción en el entorno social del individuo, eso ya es bastante. Por otra parte, durante ese proceso, y a lo largo de la vida de

⁸⁷ En España: 1.401 centros prescriptores y/o dispensadores de metadona. 63.030 usuarios. (Memoria del Plan Nacional Sobre Drogas, 1999)

cualquier paciente, se suceden una serie de ciclos, jalonados por avances y retrocesos en su reinserción social

Partiendo de esas cinco formas básicas de reinserción social, cada paciente mostrará puntos diferentes de vulnerabilidad; lo que para unos es relativamente fácil conseguir para otros es difícil. ¿De qué depende esta variabilidad?. Para Jesús Cancelo⁸⁸, fundamentalmente, de los factores psicológicos y sociales que acompañan a todo individuo.

Si partimos de la base de que las sociedades occidentales se han adaptado a convivir con el problema de las drogas, es lógico deducir que hoy en día se van mostrando más tolerantes ante el problema. Esto se traduce en un menor rechazo social, y en cambios que indiscutiblemente se pueden comprobar, en el ámbito legislativo, judicial, policial, sanitario, laboral, formativo, de servicios sociales, etc.; y cuya filosofía es la de favorecer la integración social del drogodependiente. Cada vez se extiende más el concepto de “enfermedad” en detrimento de las visiones moralizadoras y represivas.

Pero si las cosas están cambiando, ¿qué es lo que impide a los adictos integrarse adecuadamente en su entorno social?. Son varios los factores: falta de recursos sociales, asistenciales, laborales, etc. Sin embargo, el postulado va por otro sitio, no se trata de poner todo en función de la falta de medios; los medios materiales no lo son todo; si el sujeto no se encuentra preparado psicológicamente para la RS o, si no encuentra sentido al hecho de incorporarse socialmente, tarde o temprano fracasará.

Abundan las experiencias en las que, resulta evidente el escaso interés que muestran los pacientes, por ejemplo, de metadona, para participar en actividades que se les ofrecen de tipo formativo y ocupacional (no estimuladas económicamente): escuelas de salud, actividades deportivas, grupos de auto-ayuda, etc. La oferta en sí no es suficiente, si no va

⁸⁸ CANCERO, J. “Reinserción en Drogodependencias: una respuesta a la Exclusión Social” En: Actas del Encuentro Internacional. Ed. Junta de Castilla-La Mancha y GID.

acompañada del esfuerzo de los profesionales para alimentar y mantener día a día la motivación.

Quien se acerque a las drogodependencias desde una posición “misionera”, se equivoca. Los drogodependientes, en general, no son minusválidos, ni disminuidos psíquicos, aunque a la vista de los resultados a veces lo parezca. Tienen cualidades para funcionar como cualquier persona, pero no lo hacen. Necesitan afecto, pero no saben manejarse sólo con él. Necesitan que alguien les ofrezca una oportunidad, pero cuando eso ocurre es frecuente que no estén a la altura. Por ello sería preciso crear una “Teoría científica de la reinserción social”, que pusiera orden donde no lo hay, que eliminara la improvisación y el “todo vale”, y nos facilitara la toma de decisiones en función de la evolución de cada paciente.

Por otra parte, los dos factores, según Jesús Cancelo, más relevantes y que más dificultan la RS son: el factor consumo (de drogas) y las variables psicológicas ligadas a la “personalidad” de cada individuo. Si el primero se resuelve, es decir, si el sujeto deja de consumir drogas ilegales (programas libres de drogas, programas con sustitutivos, etc.), entonces la mayor parte de los pacientes pueden conseguir una RS aceptable, incluso por sus propios medios.

En cuanto al segundo factor, psicopatológico, será preciso abordarlo desde una óptica multidisciplinar, y especialmente desde lo psicoterapéutico y lo educativo, con el fin de modificar o atenuar las actitudes y los comportamientos poco favorables para la reinserción social.

Existe un universo de circunstancias personales y biográficas que condicionan la RS. Unos han quedado excluidos por el consumo de drogas, otros, por el contrario, se drogan por estar ya excluidos o para soportar mejor la exclusión; en unos se manifiestan cuadros psicopatológicos provocadores de desarraigo, en otros solamente serán síntomas de ansiedad,

miedo al fracaso, o falta de habilidades sociales, y de autoestima. El refuerzo positivo no siempre funciona, y el negativo aún menos.

Unos quieren integrarse y no pueden, otros basan su integración en la marginalidad, y en la dependencia de las instituciones. Ser así les proporciona una identidad y, aunque parezca contradictorio, un lugar en el entramado social.

Ante este panorama caótico, donde ni siquiera el concepto de reinserción social está claro, resulta imposible pronosticar o predecir con acierto, el futuro de la RS de cada sujeto. Las sorpresas se suceden. No se puede decir que “todo depende del sujeto”, ni dejar todo a la “voluntad del paciente”, puesto que, aunque a la postre así fuera, ello no nos conducirá a nada. A todos, y a los profesionales en particular, corresponde “sanar”, motivar, crear estrategias, movilizar recursos, sensibilizar a la Sociedad, ser catalizadores de los cambios y, todo ello desde una teoría de la reinserción social cada vez más científica (Cancelo, J., 1999).

1. Apoyo Institucional a la Reinserción

1.1. El Marco Institucional de la Unión Europea⁸⁹

1.1.1. Los Fondos Estructurales

Los Fondos Estructurales, junto con el fondo de Cohesión⁹⁰, constituyen el principal instrumento de desarrollo de la cohesión económica, social y territorial de la UE, y el factor principal de su modernización productiva.

⁸⁹ FRANCI, J. “Gestión de la Formación Continua en las Organizaciones”. Universidad de Barcelona, 1999.

⁹⁰ Instrumento creado en 1992 a favor de los cuatro países menos prósperos de la UE: España, Irlanda, Portugal y Grecia.

Los Fondos Estructurales corresponden a áreas temáticas de intervención de la política comunitaria y financian acciones de modernización en los Estados miembros en el ámbito específico de su actuación.

Dichos Fondos son:

FSE: Fondo Social Europeo

FEDER: Fondo Europeo de Desarrollo Regional

FEOGA: Fondo Europeo de Orientación y Garantía Agrícola

- IFOP: Instrumento Financiero de Orientación a la Pesca
- Fondo de Cohesión.

- Objetivos de los Fondos Estructurales

Tres objetivos prioritarios:

- Objetivo 1. Promover el desarrollo; el ajuste estructural de las regiones menos desarrolladas.
- Objetivo 2. Apoyar la reconversión económica y social de las zonas en dificultad estructural.
- Objetivo 3. Apoyar la adaptación y la modernización de las políticas y sistemas de educación, de formación y de empleo. Este objetivo interviene financieramente fuera de las regiones referidas en el objetivo 1 y asegura un marco de referencia político para el conjunto de las acciones a favor de los recursos humanos sobre un territorio nacional, sin perjuicio de las especificidades regionales.

- Fondo Social Europeo

El FSE interviene en apoyo de las medidas de prevención y lucha contra el desempleo y en pro del desarrollo de los recursos humanos y de integración

en el mercado de trabajo a fin de promover un elevado nivel de empleo, la igualdad entre hombres y mujeres, un desarrollo sostenible y la cohesión económica y social.

De manera particular, el FSE contribuye a potenciar las acciones emprendidas en el marco de la Estrategia Europea de Empleo y de las Líneas Directrices para el empleo establecidas anualmente. La Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales de la Comisión, es la responsable comunitaria de la gestión del FSE.

- Estructura de Apoyo INTEGRA, Fondo Social Europeo.⁹¹

Desde la Estructura de Apoyo de INTEGRA podemos hacer un balance parcial de lo que las Iniciativas Comunitarias de Empleo, y en especial el capítulo INTEGRA, han aportado y ha supuesto en el desarrollo de acciones y/o políticas concretas destinadas a colectivos con especiales dificultades de inserción, entre los que se encuentran los exdrogodependientes. El capítulo INTEGRA también está dirigido a inmigrantes, población gitana, personas sin hogar, mujeres solas con cargas familiares, etc.

A comienzos de los noventa, la Comisión Europea invitó a los Estados Miembros a presentar solicitudes mediante Programas Operativos Nacionales, para así poder desarrollar proyectos concretos innovadores que facilitasen el acceso al mercado de trabajo de colectivos con especiales dificultades de inserción, entre los que se encuentran los exdrogodependientes. Estos Programas Operativos, para el período 1991-1994 y para el período 1994-1999, articulaban y definían una serie de aspectos que todo proyecto debía y/o debe seguir. Se trata de proyectos cuya principal característica es la INNOVACIÓN. Deben suponer un paso cualitativo, un espacio de laboratorio y de ensayo, en el trabajo directo con estos colectivos. El concepto de TERRITORIALIDAD implica actuar desde

⁹¹ Encuentro Internacional “La Reinserción en drogodependencias: una Respuesta a la Exclusión Social” Ed. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y GID. Toledo 1999.

y en el territorio, estando, así, más cerca de las necesidades y dando respuestas más directas a las mismas, siempre en colaboración con las múltiples entidades que estén operando en el terreno. Es lo que se ha venido llamando enfoque “abajo-arriba”. En este sentido es fundamental el trabajo de aquellas entidades que están más cerca y más vinculadas a la problemática concreta de los colectivos, así como el trabajo en red con otras entidades presentes en el territorio y cuya participación en los programas mejora y amplía las posibilidades de dar respuesta a los problemas de forma INTEGRAL.

Lo que se busca con este tipo de proyectos es que, una vez conocidos los resultados y reconocidas las buenas prácticas de los mismos, se extrapolen a otros contextos donde los nuevos procedimientos también puedan servir, con el fin de evitar caer en los mismos errores. El llamado Efecto Multiplicador supone, por tanto, que estas buenas prácticas de proyectos sean asumidas por las entidades públicas responsables y cofinanciadoras de los proyectos, abriéndose así brecha en las políticas generales que afectan a la intervención con estos colectivos, entre ellos los drogodependientes.

Como última característica específica de las Iniciativas Comunitarias de Empleo, resaltar la TRANSNACIONALIDAD, que supone, no sólo el enriquecimiento de cada entidad como resultado del intercambio de información y conocimiento con otras entidades europeas, sino que pretende construir herramientas que añadan valor al quehacer de los promotores de cada Estado miembro. Además, en muchos proyectos se ha llevado acabo el intercambio de usuarios/as entre los países socios. El hecho de que estas personas tengan la posibilidad de salir de su país, o incluso de su contexto más cercano, en muchos casos por primera vez, tiene un valor muy positivo en sí mismo, más allá de lo que a nivel formativo-laboral les puede aportar.

Las limitaciones y el escaso desarrollo que han tenido las políticas oficiales de empleo, destinadas tradicionalmente a la población en general, han impedido contemplar la desprotección que sufren aquellas personas que se

encuentran próximas o en situaciones de exclusión social, como es el caso de los parados de larga duración, jóvenes provenientes de medios sociales marginales, minorías étnicas, inmigrantes, exdrogodependientes, etc. En estos casos las personas que no tienen una historia laboral normalizada, se encuentran fuera del alcance y cobertura de las políticas de empleo relativas a las prestaciones compensatorias, formación, servicio de información, apoyo... A esto hay que añadir el hecho de que las capacidades de empleabilidad de estos colectivos suelen estar limitadas por problemas de desestructuración personal, que repercuten negativamente a la hora de tener actitudes, aptitudes y hábitos apropiados para el acceso, y después el desempeño correcto de una actividad laboral normalizada. En la tarea de solventar estas deficiencias es donde los proyectos de iniciativas comunitarias se enmarcan. Estos han supuesto, en el caso del trabajo con drogodependientes, ir más allá del mero tratamiento terapéutico y están interviniendo integralmente en el ámbito sociolaboral, considerado como uno de los garantes de la inserción real.

Los proyectos INTEGRA con drogodependientes varían bastante unos de otros, principalmente en función de que se trate de personas que no están en el medio penitenciario, o de personas que están o que acaban de salir de él, se pueden identificar bastantes elementos comunes a todos ellos.

En primer lugar es fundamental el desarrollo de acciones de formación previa y/o básica que no sólo incluye acciones de alfabetización, sino también habilidades sociales y laborales como saber estar y trabajar en grupo, resolver conflictos, fomento de la autoestima, asertividad, etc. En un principio estas acciones de pre-formación se establecían como un módulo inicial antes de iniciar acciones formativas ocupacionales. La experiencia ha demostrado, en muchos casos, que la continuidad de estas acciones de formación previa durante todo el proceso de formación profesional y/o inserción es muy conveniente, ya que se trata de capacidades que se tienen

que ir adquiriendo con el tiempo y que pueden servir, en momentos concretos, para resolver conflictos que vayan surgiendo.

A la hora de definir la formación profesional que se va a impartir es fundamental que dicha formación esté directamente vinculada a los requerimientos y potencialidades del mercado, al mismo tiempo que se guarde un equilibrio entre las capacidades y demandas de los usuarios/beneficiarios, futuros trabajadores. Esta vinculación no sólo es deseable en la definición de los ámbitos formativos, sino que lo es también, y quizás más especialmente, en la definición y concreción de posibles proyectos empresariales. Por tanto, son imprescindibles los estudios de mercado o de prospección económica, previos al diseño de proyectos formativo-laborales.

Las prácticas en empresas como colofón de la formación ocupacional, así como la formación en alternancia, aparecen como modelos de formación-inserción muy adecuados, no sólo por lo que repercute en el contenido formativo propiamente dicho, sino también respecto a la experiencia vital que supone “pisar la empresa” y conocerla desde dentro.

En este sentido están dando muy buen resultado los talleres de simulación empresarial que, posteriormente, se pueden convertir en proyectos empresariales reales y viables, a los que se ha acompañado en su proceso constitutivo y a los que, en algunos casos, se les ha asegurado un mercado protegido, al menos en los primeros momentos de puesta en marcha de la empresa como tal.

La difusión de los objetivos de los proyectos y acciones concretas de sensibilización del sector empresarial constituyen ahora un elemento imprescindible de las acciones que todo proyecto de inserción laboral con estos colectivos debe contemplar.

Muchos proyectos de Iniciativas cuentan con la figura del promotor de empleo, tutor o intermediador laboral, que es la persona encargada de hacer de puente, enlace y apoyo entre el futuro trabajador y el sector empresarial, con el fin de conseguir cualquiera de las opciones recién mencionadas o directamente un contrato de trabajo. Esta persona, se responsabilizará de responder y apoyar al trabajador/a en el desarrollo de su puesto de trabajo, y de solucionar cualquier incidencia que pudiera ocurrir, siempre en coordinación y comunicación con personal de la empresa. Se trata en última instancia, de proporcionar una experiencia laboral normalizada que pueda servir como soporte para una inserción social real.

El éxito de estos planteamientos tiene parte de su base en la definición de itinerarios individualizados de inserción que contemplen las capacidades, potencialidades y demandas de los propios usuarios, y cuyo seguimiento a lo largo de todo el proceso sea también individualizado.

El hecho de que estos itinerarios estén definidos y consensuados con los propios beneficiarios de las acciones, supone responsabilizar a los mismos de su propio proceso de inserción, motivándoles y capacitándoles para que sean agentes de su propio cambio.

Las experiencias de inserción laboral son muy ricas y variadas: hay ejemplos de inserción tanto por cuenta ajena, como de autoempleo. En el fenómeno del autoempleo es fundamental el apoyo en la definición de productos, en la gestión y en el desarrollo de competencias empresariales, en la orientación y conocimiento del mercado, etc. Las figuras jurídicas empresariales que se suelen aplicar pasan por las cooperativas (algunas de trabajo asociado), sociedades anónimas laborales y autónomos. En este sentido la Economía Social está jugando un papel importante y está cuajando en este tipo de proyectos.

En muchos casos son empresas dedicadas al reciclaje: hay ejemplos especialmente interesantes de proyectos de recuperación de residuos sólidos urbanos, talleres artísticos de reciclaje y otras experiencias. La esperada

regulación de las Empresas de Inserción, daría la cobertura legal necesaria para el desarrollo de iniciativas de inserción de personas con especiales dificultades.

De cualquier forma, y al margen de especificidades jurídicas, lo que sí parece conveniente es que se conecten y relacionen estas nuevas iniciativas de empleo con las demandas y potencialidades del mercado local.

Otro aspecto en debate es la idoneidad de que la constitución de empresas sea heterogénea o no; hay experiencias que exclusivamente están apoyando la constitución de cooperativas con exdrogodependientes; y otras que consideran imprescindible el que las posibles empresas estén integradas por personas exdrogodependientes y por personas que no lo son. Desde aquí opinamos que, la riqueza que alberga trabajar con personas poseedoras de experiencias diferentes, puede ser un factor beneficioso en la normalización socio-laboral del exdrogodependiente.

El seguimiento y la continuidad del apoyo en el tiempo, por parte de los profesionales, son fundamentales para combatir posibles recaídas de los usuarios.

Las medidas de sensibilización del sector empresarial, como se comentaba con anterioridad, son otro de los elementos fundamentales en los procesos de inserción. Sin embargo, a estas medidas dirigidas al mundo de la empresa hay que sumar también el trabajo con las familias y con la sociedad en general.

Son muchos los ejemplos de proyectos INTEGRA que están aportando nuevas formas de entender el trabajo con este colectivo y que son exponentes del giro necesario que se ha dado en la Intervención Social. Algunas asociaciones que tradicionalmente habían estado dedicadas exclusivamente al tratamiento terapéutico con drogodependientes, han empezado a contemplar el tema de la inserción laboral como una fase fundamental para la consecución de una inserción real.

Existen otros ejemplos de proyectos que trabajan con internos de centros penitenciarios (algunos en libertad condicional, o tercer grado) que han desarrollado acciones formativas fuera del ámbito penitenciario y han promovido el autoempleo, como por ejemplo, la constitución de productores hortícolas autónomos a los que se les ofrece apoyo en la gestión y a los que entidades públicas locales han cedido terrenos públicos para el cultivo que están desarrollando. En otros casos, la inserción laboral que se ha promovido ha sido como trabajador por cuenta ajena en empresas de la zona, o contratados temporalmente por entidades públicas.

Es importante resaltar que cuando hablamos de inserción sociolaboral de exdrogodependientes, nos estamos refiriendo a PROCESOS INTEGRALES en los que es fundamental la participación de múltiples agentes que se responsabilicen de dar respuesta a los distintos ámbitos de intervención que requiere la problemática propia del exdrogodependiente. Mientras las necesidades básicas de estas personas no estén cubiertas, cualquier intento de que se inserten será estéril.

En la sociedad en la que vivimos, la integración y “normalización” de los sujetos pasa ineludiblemente por el TRABAJO. El acceder a un puesto de trabajo supone, no sólo una fuente de ingresos necesaria para vivir, sino que otorga poder social, al posibilitar relaciones sociales y favorecer la autoestima y el reconocimiento social; pilares para desarrollarse y convertirse en un ciudadano de pleno derecho.

- Medidas elegibles en el FSE (2000-2006)

Se entiende por medidas elegibles aquellas que pueden ser financiadas por los recursos comunitarios del Fondo en virtud de sus disposiciones reglamentarias.

Para el período 2000-2006 son las siguientes:

- Asistencia a favor de las personas, para la siguientes actividades de desarrollo de los recursos humanos, que podrían formar parte de los itinerarios de inserción profesional:

(a) Educación y formación profesional (incluida la FP equivalente a la escolaridad obligatoria), aprendizaje, formación previa, incluidas la adquisición y la mejora de la competencias básicas, rehabilitación profesional, medidas de fomento de la aptitud para el empleo en el mercado de trabajo, orientación, asesoramiento y perfeccionamiento profesional.

(b) Ayudas al empleo y al auto-empleo

(c) Formación universitaria de tercer ciclo y la formación de directivos y técnicos en los centros de investigación y empresas, todo ello en el ámbito de la investigación y el desarrollo científico y tecnológico.

(d) Desarrollo de nuevos yacimientos de empleo, incluido el sector de la economía social.

- Ayudas a estructuras y sistemas, con objeto de aumentar la eficacia de las actividades de asistencia a favor de las personas:

(a) Desarrollo y mejora de la formación profesional, la educación y la cualificación, incluida la formación del profesorado, de los instructores y del personal, y mejora del acceso de los trabajadores a la formación y a las cualificaciones.

(b) Modernización y mejora de la eficacia de los servicios de empleo

(c) Desarrollo de vínculos entre el mundo del trabajo y los centros de enseñanza, formación en investigación.

(d) Desarrollo de sistemas de anticipación de los cambios en el empleo y de las cualificaciones, particularmente en relación con las nuevas modalidades y formas de organización del trabajo, teniendo en cuenta la necesidad de

conciliar familia y profesión y de permitir que los trabajadores de edad avanzada realicen una actividad estimulante hasta la jubilación, excluyéndose la financiación de las jubilaciones anticipadas.

- Medidas de acompañamiento, también al objeto de aumentar la eficacia de las actividades de asistencia a favor de las personas:

(a) Asistencia a la prestación de servicios a beneficiarios, incluida la puesta a disposición de servicios e instalaciones de asistencia para las personas dependientes.

(b) Fomento de medidas sociopedagógicas de acompañamiento, para facilitar un itinerario integrado de inserción profesional.

(c) Sensibilización, información y publicidad.

- Medidas de asistencia técnica al conjunto de intervenciones del FSE en el marco de los Objetivos 1 y 3, así como a iniciativa de la propia Comisión Europea.

Las intervenciones del FSE se concentrarán en un número limitado de áreas o temas y en las necesidades más importantes y las acciones más eficaces, partiendo de las prioridades establecidas en los Planes Nacionales de Acción por el Empleo. A la hora de distribuir los créditos disponibles entre cada uno de los cinco ámbitos políticos de actuación se tendrán en cuenta las prioridades nacionales.

- Instrumentos comunitarios de desarrollo de la formación profesional, para el período (2000-2006)

- El Fondo Social Europeo (ya visto)
- La iniciativa comunitaria EQUAL: síntesis y superación de las iniciativas para el período (1994-1999) ADAPT (“Adaptación de la mano de obra al cambio industrial”) y EMPLEO.

- El programa Leonardo da Vinci II.

- La iniciativa comunitaria EQUAL⁹².

La iniciativa EQUAL, tiene por objeto intensificar la cooperación entre los Estados miembros y la Comisión a fin de fomentar nuevos medios destinados a combatir toda forma de exclusión, discriminación y desigualdad en el mercado de trabajo, en el marco de la aplicación de la estrategia europea para el empleo y de los planes de acción nacionales. Esta iniciativa forma parte de la reforma de la política estructural de la Unión para el período 2000-2006, cuyo germen se encuentra en la “Agenda 2000”, aprobada por el Consejo el 21 de junio de 1999.

Con el objeto de mejorar la cooperación en pro de conseguir los fines mencionados, EQUAL apoyará:

- (a) Las asociaciones de actores (socios públicos, privados y ONG) y el ensayo de nuevos enfoques, métodos y prácticas de cooperación transnacional;
- (b) La formulación de las políticas de los Estados miembros y la difusión de las mejores prácticas mediante la puesta en red de las asociaciones nacionales, y facilitando el acceso a la innovación y las mejores prácticas en otras partes de la Unión;

- Los antecedentes de los que se nutre EQUAL: Adapt y Empleo

Iniciativa EMPLEO:

EMPLEO es una Iniciativa Comunitaria del Fondo Social Europeo dirigida a aquellos colectivos que tienen especiales dificultades para acceder a un puesto de trabajo a causa de sus escasas cualificaciones o posibilidades.

La iniciativa se compone de cuatro capítulos. En cada uno de ellos EMPLEO aborda los problemas de cada colectivo específico: las mujeres en

⁹² Texto extraído de la página web de la Comisión Europea.

NOW; las personas discapacitadas en HORIZON; los jóvenes sin cualificación en YOUTHSTART. En 1997 se creó un cuarto y nuevo capítulo de EMPLEO, denominado INTEGRA⁹³, para reforzar la Iniciativa Comunitaria. Este colectivo está compuesto especialmente por aquellos que formaban parte del sub-capítulo “desfavorecidos” dentro de HORIZON. Es decir los emigrantes, refugiados, personas sin hogar, toxicómanos, trabajadores itinerantes, madres solteras, reclusos y ex delincuentes.

Los proyectos de EMPLEO

Los proyectos son el corazón de la actividad de la Iniciativa. Se financian a partir de unas pocas condiciones de base:

- (a) Deben ser operacionales durante tres años.
- (b) Cada uno de ellos forma parte de un partenariado junto a proyectos EMPLEO seleccionados en otros Estados miembros.
- (c) Cada proyecto debe reflejar las prioridades de su país, establecidas entre la Comisión y las autoridades nacionales.
- (d) Cada proyecto es seleccionado a nivel nacional, o en ocasiones regional, según el procedimiento establecido en su Estado.
- (e) Cada proyecto recibe conjuntamente una financiación comunitaria y nacional, pudiendo ser esta de carácter público o privado.

Todas las experiencias, innovaciones o productos significativos de EMPLEO serán difundidos y puestos a la disposición de redes europeas, con objeto de aprovechar los resultados y las realizaciones de las experiencias positivas, e incluso de las negativas, y analizar su posible utilización de manera generalizada. De nuevo la explotación de la innovación aparece como la clave para la financiación y el esfuerzo desarrollado por EMPLEO y las demás IC.

⁹³ Comentado al principio de este trabajo.

Las medidas de EMPLEO.

Además cada proyecto EMPLEO debe intervenir en una o más Medidas relacionadas con los objetivos de la Iniciativa:

- (a) Desarrollo de nuevos sistemas de orientación, formación y empleo
- (b) Oferta de planes de formación
- (c) Creación de puestos de trabajo y apoyo a la creación de empresas
- (d) Divulgación de la información y acciones de sensibilización entre los empleadores acerca de los problemas de acceso al empleo de cada grupo beneficiario.

El capítulo INTEGRA introduce además una quinta medida: el desarrollo de modelos de enfoque y de prácticas que mejoren el acceso y la calidad de los servicios públicos, el refuerzo de las capacidades locales y la promoción de acciones orientadas a la integración o reintegración de los beneficiarios.

2. Clarificación Terminológica⁹⁴

Consideramos oportuno unificar y clarificar el uso que se hace entre los técnicos de los términos: dispositivo, programa y recurso, ya que en la realidad se utilizan de forma indiferenciada, contribuyendo esta ambigüedad terminológica a una confusión también a nivel conceptual.

Sirva la siguiente aclaración:

- Los **dispositivos** hacen referencia a los espacios físicos donde tiene lugar la intervención.

⁹⁴ JIMENEZ, A; Comas, D; Carrón, J “Los programas de integración social de drogodependientes”, Ed. GID, Madrid 1995.

- Los **programas** hacen referencia a la formulación de objetivos y a las actuaciones que habrán de llevarse a cabo para lograr dichos objetivos.

Puede existir una cierta confusión puesto que, desde una perspectiva institucional, la denominación programa viene muy marcada por la planificación presupuestaria. Cuando se desciende a la intervención, esos programas institucionales se convierten en recursos, que se pueden utilizar o no, de cara a la elaboración de un programa de integración a un sujeto concreto. Es por esto por lo que es necesario diferenciar los programas institucionales de los programas individualizados.

- Los **recursos** son las herramientas, los medios que se utilizan para llevar a cabo dichas actuaciones.

- Propuesta para el ordenamiento de la intervención:

- Primer ámbito: Dispositivos específicos destinados a la asistencia que tienen objetivos relacionados con la integración o la reinserción social. En este nivel la estrategia central es la diferenciación entre los objetivos, la diferenciación entre el tipo de intervenciones puramente asistenciales y aquellas que están orientadas a la integración.
- Segundo ámbito: Recursos específicos de integración social, al margen de la dinámica asistencial, exclusivamente para drogodependientes. Estos recursos pueden estar soportados sobre distintos dispositivos específicos para drogodependientes o sobre dispositivos a los que puede acceder cualquier tipo de población. En este caso, la estrategia sería cómo coordinar adecuadamente el conjunto de recursos para que se optimicen al máximo, derivándose a los sujetos con la indicación adecuada desde la red asistencial, o desde el organismo de coordinación si lo hay.
- Tercer ámbito: Recursos generales o prestaciones de carácter general. Están en las redes generales y pueden ser utilizados por cualquier persona. La estrategia va a ser crear una referencia, ya que sin esa referencia

específica para drogodependientes las personas no acuden, se sienten perdidas y desconfían de los sistemas generales.

Partiendo de lo que es, en lugar de lo que debería de ser, lo que cabe son diferentes estrategias que, tengan en común la diferenciación de lo que es la asistencia y de lo que es la integración social.

Por supuesto, al margen de estos niveles, están aquellos sujetos que no tienen necesidad de utilizar ningún recurso de integración, sino simplemente un programa asistencial.

La diferenciación de estos niveles recoge, amplía y completa el desarrollo del proceso de intervención en los siguientes aspectos:

A) En cuanto a la población a la que se dirigen

- Primer ámbito: Se dirigen a todos los sujetos que presentan un problema de drogodependencias.
- Segundo ámbito: Se dirigen únicamente a aquellos sujetos drogodependientes en proceso de rehabilitación que, por razón de su drogodependencia, presenten unas características y/o problemas asociados que hagan necesario recurrir a estructuras intermedias, que ofrezcan las condiciones necesarias para poder acceder de lo asistencial, nivel uno, a lo normalizado, nivel tres.

La defensa de estos recursos específicos de integración se asienta, precisamente, en la existencia de este tipo de sujetos drogodependientes que ven interrumpido su proceso de rehabilitación por carecer de estas estructuras de paso.

- Tercer ámbito: Se dirige a la población general, siendo el criterio definitorio para su utilización la situación de necesidad y no la de su drogodependencia.

B) En cuanto a los objetivos que se persiguen

- Primer ámbito: Son objetivos de carácter fundamentalmente terapéutico que inciden sobre todo en la relación del sujeto consigo mismo y con la sustancia.
- Segundo ámbito: Son objetivos referidos fundamentalmente a la relación del sujeto con su medio social y se podría decir que, en aquellos recursos soportados en dispositivos específicos, los objetivos están a medio camino entre lo educativo-formativo y lo terapéutico, mientras que en los recursos de segundo nivel soportados en dispositivos inespecíficos, los objetivos son de carácter eminentemente formativos, relacionados, fundamentalmente, con aspectos laborales.
- Tercer ámbito: Son objetivos de integración social propiamente dichos, donde el sujeto empieza a incorporarse como un ciudadano más, a las estructuras sociales de su entorno.

C) En cuanto a las acciones que desarrollan

- Primer ámbito: Se incluyen los dispositivos asistenciales denominados Centros de tratamiento ambulatorio o Centros de atención a las drogodependencias, que pueden, a su vez, incidir en objetivos de integración social a través de la elaboración de programas de integración social para cada sujeto, contemplando la utilización de recursos de segundo y/o de tercer nivel.
- Segundo ámbito: Incluyen recursos soportados sobre dispositivos específicos para drogodependientes (Centros de Día, Centros de Actividades, Aulas de Actividades, Talleres específicos, etc.) y recursos que siendo específicos para drogodependientes están soportados sobre dispositivos inespecíficos (Programa Red de artesanos, programas de empleo para exdrogodependientes, etc.)

- Tercer ámbito: Incluyen los recursos generales normalizados que, cualquier ciudadano tiene derecho a utilizar.

D) En cuanto a los criterios de finalización

- Primer ámbito: Criterios prioritariamente relacionados con la capacidad del sujeto, de conseguir y de mantener la abstinencia, en un programa libre de drogas, y/o de reducir los riesgos asociados al consumo de drogas en los programas de reducción de daños.
- Segundo ámbito: Criterios relacionados prioritariamente con la capacidad del sujeto de aprender a realizar una tarea concreta y de aprender a respetar las exigencias de su ejecución.
- Tercer ámbito: Criterios relacionados con la consecución de la integración y la permanencia del sujeto en los recursos normalizados.

Parece claro que, en la realidad, la utilización de un nivel u otro de intervención, vendrá determinada por la valoración individualizada que se haga del sujeto, así como el diseño de un programa de intervención para el mismo. Es importante señalar al respecto que, la intervención en estos niveles puede simultanearse en el tiempo y que, justamente, será la adecuación entre el ordenamiento de la intervención y las necesidades y características del sujeto la que va a revertir en un mayor o menor éxito en la consecución de los objetivos planificados.

3. Ejemplo de Fase de Reinserción en Programa de Comunidad Terapéutica

En la Fase de Reinserción, la Comunidad se muestra abierta al medio que, ofrece una estructura de apoyo a las nuevas emociones generadas por la incorporación socio-familiar y laboral.

Los objetivos a conseguir son:

- Adquirir un mayor grado de autonomía, desarrollando sus potencialidades, clarificando su escala de valores y canalizando sus dificultades.
- Proporcionar una completa inserción en su entorno vital (familiar, relaciones de amistad, laboral...).

Estructura

Suele estructurarse en tres períodos que, progresivamente van reduciendo el contacto con el programa (Fases A, B y C).

- La Primera, con una duración aproximada de 3 meses, es la única que se realiza en régimen de internado de lunes a viernes.
- En las otras dos Fases, el residente va a grupo terapéutico una vez a la semana (Fase B) o cada 15 días (Fase C). La duración de estas dos últimas fases depende de los procesos personales de cada uno de los pacientes.

Programa de Reinserción

Suele contar con una serie de “Planes”:

Plan de Entrenamiento en Habilidades Sociales

- Rehabilitación funcional y modelo de conductas.
- Ensayo de conductas.
- Talleres de autocontrol emocional, entrenamiento asertivo y habilidades sociales.

Formación compensatoria

- Alfabetización y actitudes básicas.
- Pregraduado / G. Escolar.

- Postgraduado

Acciones combinadas de formación y empleo

- Formación profesional ocupacional: acciones que se hacían con anterioridad, con otras fuentes de financiación.
- Gabinete de orientación y asesoramiento laboral.

Intervención comunitaria y sensibilización del contexto.

- Plan de formación de agentes.
- Plan de sensibilización social.

4. Programa específico para personas que no requieren de un período largo de internamiento en la CT.

Es para usuarios que después de un período válido en Acogida, no se considera conveniente o necesario su internamiento, por suponer un alejamiento de su entorno vital. Por esto, el trabajo se realizará en régimen de externado. Con una estructuración en Tres Niveles, en los que se pretende conseguir los objetivos de la Comunidad Tradicional (área comportamental, afectiva y de conocimiento personal); junto con los de la CT de Reinserción (mayor autonomía desde la interdependencia de su entorno, de modo que propicie una completa inserción en su entorno vital).

La duración aproximada de este proceso es de 14 meses (6, 5 y 3 meses, respectivamente para cada uno de los 3 Niveles).

5. Intervenciones y Experiencias en España.⁹⁵

⁹⁵ **Presupuestos por áreas:** Prevención 16.476.586 Pts. Intervención asistencial e incorporación social: 97.673.676 Pts. Formación, documentación e investigación, 1.824.333 Pts. Coordinación institucional, 14.011.159 Pts.

5.1. La intervención del FSE y las Líneas Directrices del Empleo (LD)

LD1- Mejorar la capacidad de inserción profesional

- El FSE juega un papel esencial en la promoción de medidas activas por el empleo, dado que su importancia cuantitativa alcanza el 0,40% del PIB, lo que supone más de un tercio del volumen total de las medidas activadas del trabajo en España.

- Combatir el desempleo juvenil y prevenir el desempleo de larga duración, mediante la cofinanciación de acciones de:

(a) Formación Profesional Ocupacional (FPO): cofinanciación, en el marco de los Objetivos 1 y 3, del Plan FIP (Programa de Formación e Inserción Profesional), gestionado por el INEM y por las Comunidades Autónomas (CC.AA) con competencias en la materia (Catalunya) y dirigido a jóvenes en paro y a parados de larga duración.

(b) Escuelas Taller y Casas de Oficio: cofinanciación, en el marco de los objetivos 1 y 3 de este programa de formación/empleo destinado a cualificar a jóvenes menores de 25 años en sectores tales como la recuperación del patrimonio artístico, cultural, natural o histórico, el medio ambiente o la mejora de las ciudades. Dicho programa es gestionado por el INEM en colaboración con las administraciones locales.

(c) Orientación Profesional: apoyo del FSE a las acciones y servicios de orientación organizados por el INEM y las CCAA para jóvenes y parados de larga duración.

(d) Facilitar la transición de la escuela al trabajo. El FSE contribuye, en los Objetivos 1 y 3, al desarrollo y la implementación del nuevo sistema de FP reglada o inicial previsto en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo. Este programa es gestionado por el MEC y las CCAA con competencias en la materia. El objetivo principal del nuevo sistema es el

refuerzo de la relación entre el sistema educativo y el mundo del trabajo y facilitar en consecuencia la transición de la escuela al trabajo. Para ello la Formación en Centros de Trabajo (prácticas en empresas) ha sido incorporada como materia obligatoria en los planes de estudio de la FP inicial. Asimismo, el FSE contribuye a la inserción profesional de los jóvenes en fracaso escolar y de los jóvenes desfavorecidos a través de la cofinanciación de los Programas de Garantía Social. Tales programas atienden a los jóvenes mayores de 16 años que finalizan la escolarización obligatoria sin cualificación académica o profesional para acceder al mercado laboral o a jóvenes desfavorecidos, con objeto de ofrecerles una formación de base y una formación profesional que les permita su acceso a la vida activa o su retorno al sistema educativo.

LD2- Desarrollar el espíritu de empresa

- Facilitar el lanzamiento y la creación de empresas. En el marco de los Objetivos 1,2,3 y 5b⁹⁶ el FSE colabora en la creación de auto-empleo y de nuevas empresas, mediante la cofinanciación de dos tipos de medidas: las ayudas de instalación de independientes y los cursos específicos de formación.
- Explotar las nuevas oportunidades de creación de empleo:
 - (a) Apoyo al desarrollo local y urbano, con objetivo de facilitar el desarrollo de los servicios de proximidad y las tareas de los agentes de desarrollo local.
 - (b) Intervención del FSE en nuevos ámbitos de actividad económica aún no cubiertos por el mercado, especialmente con relación a los nuevos yacimientos de empleo.
- Convertir el sistema fiscal en más favorable a la creación de empresas. Participación del FSE en la financiación de ayudas a la contratación y a la

⁹⁶ El objetivo 5b del antiguo Plan 1994-1999 es absorbido por el objetivo 2 del Plan 2000-2006.

creación de empleo estable, según la condiciones establecidas por los agentes en su acuerdo de abril de 1997.

LD3- Fomentar la capacidad de adaptación de las empresas y de sus trabajadores

Apoyo a las acciones de formación continua:

- Cofinanciación de las actividades gestionadas por FORCEM en el marco del programa del Objetivo 4⁹⁷. La colaboración comporta un efecto amplificador en el conjunto de la Formación Continua, facilitando la participación de los grupos menos favorecidos (mujeres, trabajadores poco cualificados, Pymes) en los planes de formación.
- Además, el FSE contribuye a desarrollar una cultura de anticipación en la formación en la empresa, mediante la introducción, desde 1995, de acciones de mejora y acompañamiento a la formación (análisis de necesidades formativas, evaluación intermedia de acciones y programas, adecuación de la formación a las características de las empresas y trabajadores, apoyo a la creación de servicios de formación y consultoría para las Pymes, etc.).
- Finalmente, el FSE cofinancia, en el marco del los objetivos 1,2 y 5b, las acciones de formación y apoyo a la creación de micro-empresas gestionadas por las CCAA.

LD4- Reforzar la políticas de igualdad de oportunidades

- Cofinanciación de acciones a favor de la igualdad de oportunidades en el marco de los Objetivos 1 y 3: ayudas a formación y a la creación de empleo femenino, desarrollo de itinerarios de inserción profesional incluyendo orientación y acompañamiento al empleo. Aunque la participación de las mujeres en los programas cofinanciados por el FSE es elevada (50%), las

⁹⁷ Ibídem.

evaluaciones realizadas consideran necesario incrementar los recursos destinados en España para apoyar esta línea directriz, dado el alto nivel de desempleo femenino existente y la baja tasa de actividad.

5.2. Empresas de Inserción

La integración social de aquellas personas que, por muy diversos motivos, se encuentran en situación de exclusión, constituye el objetivo primordial de las entidades de carácter social que trabajan en diferentes ámbitos. Y todas ellas coinciden en señalar la importancia que tiene el empleo en los procesos de inserción que se establecen por su carácter normalizador e integrador, así como por constituir una herramienta de aprendizaje tanto de hábitos como de conocimientos.

En este sentido, podemos afirmar que son numerosas las experiencias de inserción por lo económico que se están desarrollando en España. Y lo hacen bajo diferentes formas jurídicas y organizativas y en sectores muy variados.

La necesidad de aunar esfuerzos y coordinar las realidades existentes ha llevado a algunas de las experiencias existentes a la constitución de la Federación Española de Entidades de Empresas de Inserción (FEDEI). Inicialmente, esta federación está compuesta por las siguientes entidades: Asociación Española de Recuperadores de Economía Social y Solidaria – AERESS, Asociación Catalana de Recuperadores de Economía Social y Solidaria – ACERESS, Asociación Madrileña de Empresas de Inserción – AMEI, CARITAS Española, Asociación EMAUS en España, Red de Economía Alternativa y Solidaria – REAS y Red ANAGOS y está abierta a la incorporación de nuevas entidades.

FEDEI nace con la voluntad de aglutinar y representar a todas las entidades que trabajan la integración social y laboral de los colectivos en situación de exclusión bajo la fórmula de Empresas de Inserción.

Para ello se ha dotado de una estructura basada en la participación, bien a través de Coordinadoras o Federaciones territoriales, bien por medio de entidades de ámbito estatal.

Los Estatutos que regulan el funcionamiento de FEDEI recogen, además, los fines y objetivos establecidos en la defensa, promoción y representación de las Empresas de Inserción en España.

Como primera y fundamental actuación, debido a la inexistencia de un marco normativo que regule y fomente la creación y desarrollo de las llamadas Empresas de Inserción en España.

Como primera y fundamental actuación, debido a la inexistencia de un marco normativo que regule y fomente la creación y desarrollo de las llamadas Empresas de Inserción, FEDEI está impulsando la aprobación de un texto legislativo que contemple una realidad social ya existente.

Cuando hablamos de Empresas de Inserción nos referimos a la inserción por lo económico de un colectivo determinado. El colectivo al que nos referimos es el de los más desfavorecidos y se viene denominando de diversas maneras: marginados, discapacitados sociales, excluidos... entendiendo como tales, fundamentalmente y a modo de resumen, a aquellas personas excluidas social y laboralmente con clara desestructuración personal y/o familiar. La exclusión y desestructuración están muy interrelacionadas y ambas, indistintamente, pueden ser causa u origen.

La exclusión en estos colectivos, generalmente presenta una o varias de las siguientes características:

- Penuria económica crónica. No se pueden resolver las necesidades básicas: alimentación, vivienda, educación, salud, etc.

- Bajo nivel cultural. El déficit de alfabetización y la carencia de preparación profesional da lugar a que no se tengan recursos para salir de la pobreza.
- Desestructuración familiar. Cuando las relaciones familiares son precarias, la aparición de dificultades económicas dan lugar a malos tratos, alcoholismo, drogodependencias, tráfico de drogas, abandonos de hogar, cárcel, etc.
- Fuerte deterioro físico y de salud (medicación permanente)
- Inseguridad e inestabilidad total y baja autoestima. La gravedad de las problemáticas que presentan los excluidos es mayor a la de otros colectivos y no tienen capacidad por sí mismos de ejercer la más mínima presión social lo que les lleva a una total indefensión.
- Problemas psíquicos con alteraciones de conducta.
- Desarraigo social.
- Sin hábito laboral: No han trabajado nunca, llevan mucho tiempo en paro, realizan pequeños trabajos esporádicos.
- Ausencia de oportunidades suficientes.
- Dependencia institucional. Al no tener recursos, dependen de las ayudas de terceras personas o instituciones.

Ante todo, se trata de que las personas tengan un proceso global de inserción. Y todo proceso de inserción necesita de un itinerario previo en el que se detallen los distintos ámbitos de intervención y las peculiaridades y elementos diferenciales de unos y otros.

Así, podemos diferenciar los principales ámbitos de intervención social y laboral, y que pueden clasificarse en cuatro grandes grupos:

1. Ambito de PRESTACIONES BÁSICAS. Contempla todas aquellas medidas encaminadas a resolver las necesidades básicas de subsistencia. Entre otras, podríamos citar:

- Pisos y centros de acogida.
- Viviendas protegidas en alquiler o venta.
- Comedores populares.
- Reparto de alimentos.
- Rentas Mínimas o Salarios Sociales.
- Ayudas de emergencia.
- Otras ayudas económicas para la subsistencia, etc.

2. Ámbito de ACOMPANIAMIENTO PERSONAL. En él se engloban todas las actuaciones referentes a los tratamientos específicos de las problemáticas añadidas a sus necesidades básicas que dificultan un normal desarrollo personal y social. Así tenemos:

- Tratamientos o programas de desintoxicación: alcohol o drogas.
- Centros de salud mental.
- Apoyos psico-afectivos.
- Tratamientos médico-sanitarios.
- Programas de ocio y tiempo libre, etc.

3. Ámbito de FORMACIÓN Y HABITUACIÓN LABORAL. Comprende todos aquellos programas e intervenciones dirigidas a mejorar los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, dirigidos a los colectivos excluidos. Fundamentalmente son:

- Formación no-reglada.
- E.P.A. (Graduado escolar)
- Formación compensatoria.
- Cursos de Formación Profesional.
- Cursos de Iniciación Profesional.
- Talleres ocupacionales.
- Formación en prácticas (Becas-salario), etc.

4. Ámbito de ACCESO AL EMPLEO. Abarcaría todas aquellas experiencias de inserción por lo económico de manera normalizada. Se consigue a través de las siguientes modalidades

- Autoempleo:

Individual (Autónomo, Comunidad de Bienes, Profesionales).

Colectivo (Cooperativas y Sociedades Laborales).

- Contratación por cuenta ajena. Se realiza en entidades con muy diversas figuras mercantiles, mayormente empresas ordinarias. También se incluirían los Centros Especiales de Empleo, los Talleres Protegidos y las Empresas de Inserción.

5.2.1. Objetivos y fines de la FEDEI

- Representar y defender los intereses de las personas y colectivos en situación de exclusión social, en los órdenes político, social y económico ante todo género de personas, entidades y organismos públicos o privados de carácter nacional o internacional.

- Promocionar las Empresas de Inserción ligadas a nuevos yacimientos de empleo y a la creación de empleo.
- Coordinar y armonizar los intereses de las Empresas de Inserción a escala nacional e internacional.
- Reclamar de los Poderes Públicos y de los agentes sociales y políticos, en particular, y del mundo empresarial y de la sociedad en general, una atención y colaboración preferente en el ámbito de la inserción socio-laboral.
- Informar, asesorar y negociar con las Administraciones Públicas en la elaboración, desarrollo, aplicación y modificación de cuantas disposiciones legales que puedan dictarse y que afecten a las personas y colectivos excluidos en el ámbito de la inserción socio-laboral.
- Establecer, mantener y fomentar contactos y colaboraciones con asociaciones y entidades nacionales e internacionales afines a los intereses de esta Federación.
- Informar y asesorar a los asociados en cuantos asuntos puedan ser de interés, promoviendo el intercambio de información y experiencias entre los mismos para el mejor desarrollo de sus actividades.

5.3. Programas de Incorporación Social en España

Entre los programas y servicios que Comunidades Autónomas, Ayuntamientos y Organizaciones no Gubernamentales han desarrollado en 1998, para facilitar a los drogodependientes unas condiciones de vida y una autonomía económica que les permitan relacionarse y situarse al margen de los circuitos de la exclusión, ocupan un puesto primordial los relacionados con el ámbito laboral. En este sentido, se confirma en el apartado de la formación, la tendencia ascendente de los programas de formación específicamente dirigidos a la incorporación laboral, con 7.891 alumnos, de

un total de 11.289 usuarios de los distintos programas de educación y de preformación y formación laboral.

Programas de incorporación social. Tipo, número de programas y recursos y número de usuarios.		
	Nº de programas y/o centros	Nº de usuarios
Centros de Día	67	3.272
Programas de Apoyo	171	3.249
Programas de Educación y	367	11.289
Programas de integración	138	6.400

Entre los programas de integración laboral, los denominados “programas especiales de empleo”, con más de 5.000 usuarios (un 79% del total), parecen ser los más adecuados para proporcionar ocupación remunerada a drogodependientes, seguidos, con mucha menor utilización, por los talleres artesanos (1.003 usuarios).

Es destacable, en los programas de apoyo residencial, (donde se incluyen pisos, residencias y acogimiento en familias), el incremento de los drogodependientes alojados en “pisos” durante las diversas fases del proceso de rehabilitación, con un 76% del total.

Por otra parte, en el marco del Acuerdo firmado en 1997, entre el Ministerio de Interior y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, para la colaboración del Instituto Nacional de Empleo (INEM) con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se han aprobado veinte proyectos de Escuelas Taller y Casas de Oficios, con un total de 591 alumnos. Asimismo, 416 alumnos drogodependientes en proceso de

rehabilitación, participaron en cursos del Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional.⁹⁸

5.3.1. Ejemplo de Programa Autonómico

Programa de inserción “AVANCE”

Fundamentación

El proyecto “Avance” parte de la filosofía que en materia de intervención en procesos de inserción plantean, por un lado, la Ley de Solidaridad de Castilla La Mancha, como marco general que define los principios básicos para la intervención en situaciones de desventaja social, y por otro, en relación con el colectivo diana del proyecto, los objetivos del Plan Regional de Drogas.

- Ley de Solidaridad de Castilla La Mancha (5/1.995 de 23 de marzo):

La Ley de Solidaridad de Castilla La Mancha, establece, en su exposición de motivos, que el principio de solidaridad precisa de la promoción de medidas de acción positiva, dirigidas a aquellos ciudadanos en situación de desventaja social, que faciliten su desarrollo y plena participación en la sociedad en condiciones de igualdad.

Dicha norma define la exclusión social como la ausencia de elementos básicos y esenciales para considerar humana y socialmente aceptable una determinada situación.

Los procesos de exclusión social se han incrementado debido entre otras causas a la evolución del mercado de trabajo, sobre todo, al aumento del desempleo. Un factor común en la exclusión es el paro. El acceso al trabajo, a la actividad laboral, a la formación ocupacional, es un paso imprescindible

⁹⁸ Plan Nacional Sobre Drogas, Memoria 1998.

para que las personas confíen en sí mismas y empiecen su camino a la inclusión social.

El capítulo II de la Ley de Solidaridad de Castilla La Mancha se refiere a los programas de inserción. En su artículo 46 los define como aquellos que sirven para promover el desarrollo de actividades, hábitos y capacitación sociolaboral de personas en exclusión social, mediante la realización de actividades educativas, de formación ocupacional y empleo protegido.

- Plan Regional de Drogas (1996-1999)

La filosofía del Plan Regional de Drogas en el área de inserción se basa en tres principios básicos:

1. La normalización de los drogodependientes por medio de la utilización en su proceso de incorporación social de recursos normalizados (los destinados a la población en general).
2. Trabajar en este proceso de normalización sobre la base de itinerarios individuales de inserción.

Entendemos por itinerarios individuales de inserción la planificación de la intervención en base al proceso de socialización de cada uno de los sujetos, esto es, detectar cuales son las deficiencias en cuanto a adquisición de hábitos, conocimiento, inclusión y pertenencia a grupos, capacidad de relación, etc; e intervenir sobre ellas.

3. Evaluación permanente: para el diseño y puesta en funcionamiento de este proyecto ha sido fundamental el desarrollo y evaluación de un programa de inserción cuyo punto de partida era la misma filosofía (normalización e itinerarios individuales de inserción) denominado “Proyecto de Empleo Exit”. A grandes rasgos consistía en la inserción laboral de drogodependientes a través de recursos creados en base al itinerario individual de inserción de cada uno de los usuarios.

En la evaluación se observó que el nivel de formación laboral de los drogodependientes era inferior al resto de la población atendida, aunque no así el de formación básica.

En el diseño del proyecto, se incidía de igual forma en la potenciación del empleo asalariado y del autoempleo. Es sabido que, en general, el colectivo de desfavorecidos obtienen mejores resultados en el empleo asalariado. En la evaluación detectaron que la tendencia en los drogodependientes, en esta modalidad laboral, era aún mayor que en el resto de los beneficiarios.

Todo esto les sirvió de punto de partida para crear un nuevo programa que reforzara, por un lado, la formación laboral destinada al empleo asalariado y, por otro, creara espacios protegidos de empleo, que permitieran a los usuarios trabajar en condiciones de menos competitividad.

- Proceso de Inserción (marco general del proyecto):

Partieron de la hipótesis de que el colectivo atendido en el proyecto necesita de un trabajo intermedio, en espacios protegidos de empleo, antes de incorporarse al mundo laboral normalizado. Permitiendo esto, incidir directa e individualmente sobre las deficiencias a nivel formativo y laboral.

Para conseguir este objetivo, se cuenta con la participación de diversas instituciones y organizaciones no gubernamentales que, les permiten, por un lado, conseguir la flexibilidad con que se puede trabajar la inserción desde una Entidad sin ánimo de lucro y, por otro, mantener una estructura estable como la de la Administración Local y el Plan Regional de Drogas (su red asistencial) que son capaces de tener una visión global de diversos colectivos con problemas de integración sociolaboral, y que pueden incidir sobre las distintas deficiencias que está provocando esa “no integración” desde la óptica de diversas disciplinas. Esta visión global les permite elaborar un itinerario de inserción individualizado y completo de cada una de las personas susceptibles de inclusión en el proyecto.

Objetivos del Proyecto

- **Objetivo general**

Creación de recursos estables de inserción sociolaboral para drogodependientes en procesos de reinserción en la región, bajo la metodología de empresas de inserción, dedicadas a actividades económicas dentro del marco general de los nuevos yacimientos de empleo, procurando la normalización de dichos recursos a través de la integración, en los mismos, de personas no drogodependientes, procedentes de los recursos de Atención Primaria de Servicios Sociales.

- **Objetivos específicos**

1. Formar a los drogodependientes en procesos de inserción, y a la población derivada desde los Servicios Sociales que lo necesiten, en los conocimientos necesarios para trabajar en los recursos de inserción creados.
2. Apoyar psicosocialmente en su itinerario individual de inserción a los drogodependientes en fase de reinserción, usuarios del proyecto, y al resto de la población derivada al mismo, presentando especial atención a las mujeres con cargas familiares.
3. Apoyar técnicamente la creación de empresas de inserción en la región, como recurso estable de inserción sociolaboral.
4. Apoyar la creación de empleo mediante subvenciones a puestos de trabajo efectivamente creados.
5. Apoyo al autoempleo en régimen de empresas de economía social.

Derivación de usuarios (Itinerarios De Inserción)

El itinerario de los grupos de población atendidos en el proyecto (drogodependientes en tratamiento y población “normalizada”) empieza en

puntos distintos, confluyendo en las estructuras locales, para continuar en las distintas fases y recursos diseñados en el proyecto.

El perfil de los usuarios susceptibles del proyecto, aun con características distintas, tiene en común la confluencia en los objetivos propios del proyecto, es decir, la necesidad de ajustar situaciones personales deficitarias a los requisitos mínimos que, el resto de la población tiene para acceder a los recursos sociolaborales de forma autónoma.

El itinerario en la población diana comienza en los equipos de tratamiento de drogodependientes (E.A.D), donde se seleccionará a aquellos usuarios que tienen el perfil para acceder al programa, este perfil será:

- Usuarios que lleven como mínimo 6 meses de tratamiento.
- Deficiencias de formación, en cualquiera de los niveles establecidos en el proyecto, para acceder al mundo laboral.
- Necesidad de utilizar en base a sus deficiencias personales, un recurso protegido de empleo antes de acceder al mundo laboral normalizado.

Previamente a la derivación, y durante el tiempo de duración del proyecto, se trabajará con el sujeto todas sus deficiencias relacionadas con su problema de adicción y se mantendrá el seguimiento y apoyo.

Una vez hecha la selección de la persona en el centro de referencia de tratamiento, se pondrá en contacto con las estructuras locales informándole de las características y necesidades individuales de la persona y elaborando conjuntamente el itinerario de acciones a seguir y el tiempo de duración de las mismas.

Diseñado el itinerario se establecerá entre los profesionales de los dos recursos el periodo de coordinación e información.

Si el usuario necesita, además de las acciones que se realizan en la estructura local, pasar a acciones descritas en la segunda fase, espacios protegidos de empleo, el diseño del itinerario se hará a tres bandas: equipos de tratamiento, estructuras locales y empresa de inserción.

Por último, la decisión de que el usuario continúe en el espacio protegido después de la formación, por no estar preparado para acceder al mundo laboral normalizado, se consensuará por las tres partes antes mencionadas y con la autorización de la comisión de seguimiento.

Hay que tener en cuenta que se trabajará a nivel individual con cada usuario, determinando específicamente su itinerario, por lo que no todos los pacientes realizarán de forma continua y lineal todas las acciones, es decir, el usuario no se adaptará a las acciones sino las acciones al usuario, para conseguir el objetivo final de prepararlo para enfrentarse a las demandas del mercado laboral.

Entidades que participan y cofinancian El Proyecto:

Nombre de la Entidad	Tipo de colaboración
Plan Regional de Drogas- Consejería de Sanidad	Entidad Asesora Técnica y Cofinanciadora de la Coordinación Regional
Los 8 Ayuntamientos sede de las Estructuras Locales del Proyecto	Entidades Gestoras-Cofinanciadoras de Las Estructuras Locales
“Antigua Usanza, C.B.” (Albacete)	Gestiona y cofinancia El Proyecto Empresarial ubicado en la provincia de Albacete
Asociación “Nuevos Horizontes” (C. Real)	Gestiona el Proyecto Empresarial ubicado en la provincia de Ciudad Real

El Ayuntamiento de Valdepeñas (C.Real)	Cofinancia el Proyecto Empresarial ubicado en la provincia de Ciudad Real.
“SEMFORD, C.B.” (Cuenca)	Gestiona y cofinancia el Proyecto Empresarial ubicado en la provincia de Cuenca
El Ayuntamiento de Guadalajara	Gestiona y cofinancia el Proyecto Empresarial ubicado en la provincia de Guadalajara.
El Ayuntamiento de Talavera de la Reina (Toledo)	Gestiona y cofinancia el Proyecto Empresarial ubicado en la provincia de Toledo.

Funciones

- Entidades sin Ánimo de Lucro

1. Gestionar los proyectos empresariales
2. Impartir la formación ocupacional
3. Comercialización del producto.
4. Coordinación con las oficinas locales para la selección conjunta de los beneficiarios que lleguen a la formación ocupacional.
5. Seguimiento del personal usuario durante el tiempo de estancia en el programa.

- Federación de Municipios y Provincias de Castilla La Mancha

1. Coordinación con las 8 Estructuras Locales.
2. Coordinación con el P.R.D.
3. Coordinación con las Entidades Sin Ánimo de Lucro.
4. Coordinación con la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo.

5. Elaboración de los presupuestos anuales de todas las entidades participantes y control del presupuesto.

6. Transnacionalidad y transregionalidad.

7. Gestión de Ayudas para el proyecto desde otras instituciones de la Junta de Comunidades.

- Estructuras Locales

1. Coordinadora con los recursos del Ayuntamiento de Empleo, Servicios Sociales y Hacienda.

2. Selección de la población procedente de servicios sociales.

3. Coordinación con el E.A.D de su área de salud para la selección de los drogodependientes en tratamiento.

4. Coordinación con las entidades gestoras de los proyectos empresariales para la derivación de los beneficiarios idóneos para la formación ocupacional.

5. Coordinación con el E.A.D de su área de salud para la selección de los drogodependientes en tratamiento.

6. Coordinación con las entidades gestoras de los proyectos empresariales para la derivación de los beneficiarios idóneos para la formación ocupacional.

7. Realización de la formación previa, básica y preprofesional, orientación laboral y diseño del itinerario individual de inserción, seguimiento y evaluación de los beneficiarios.

8. Gestionar las ayudas al empleo y autoempleo.

- Plan Regional de Drogas

1. A través de los E.A.D derivación a las Estructuras Locales la población diana del proyecto (drogodependientes en tratamiento con los E.A.D en fase de reinserción).
2. Dirección última del proyecto.
3. Apoyo técnico.
4. Seguimiento global del proyecto.

6. Situación en Italia.⁹⁹

6.1. El trabajo como promoción

La intervención social en el campo de las toxicodependencias, una vez superadas las primeras fases de emergencia, y tras haber colaborado en la realización y difusión de las comunidades terapéuticas y de los servicios públicos, tras haber afrontado intervenciones de recuperación a través de la utilización de actividades ergoterapéuticas, apuesta hoy decididamente por la salida de una lógica puramente curativa asistencial de la persona toxicodependiente.

Se considera necesario llevar a cabo procesos de promoción de los recursos individuales y colectivos de integración social y laboral. Este deseo-necesidad (ya sea de los asistentes sociales como de las personas toxicodependientes y de los ex –toxicodependientes), ve en el trabajo un instrumento importante como factor de evolución y de cambio. La temática “trabajo” en las proyecciones ligadas a la toxicodependencia representa ya algo muy diferente del estereotipo asistencial-represivo de hace unos años.

⁹⁹ VACCARI, G “Estrategias de gestión de recursos multisectoriales en un territorio”. En: “Encuentro Internacional (...)” Junta Castilla-La Mancha y GID, Toledo, 1999.

El trabajo por lo tanto, no es ya sólo un recurso económico, para los servicios, es también un instrumento terapéutico, educativo y de integración social. En opinión de Vaccari, la persona toxicodependiente el trabajo se vive como un momento de recuperación y de ánimo de la propia existencia, como momento y lugar de promoción de las propias competencias, de construcción/reconstrucción de la propia identidad personal y social, de reconocimiento de las propias capacidades. El trabajo como instrumento requiere por lo tanto una cultura que ve la complicidad activa y visible de la persona y el deseo de autonomía real, antes social que económica. Si en estos años se ha desarrollado un interés por la temática trabajo/toxicodependencia por parte de los servicios y de las realidades del sector privado social, los recursos y las notables competencias adquiridas, no han tenido aún la posibilidad de convertirse en patrimonio común. Prueba de ello es la carencia de estudios específicos sobre la proyección, realización, modelos y buenos métodos utilizados y sobre todo el follow-up (seguimiento) de intervenciones que describen de un modo articulado la evolución de los proyectos y el destino de las personas toxicodependientes o ex, que han recurrido a recursos terapéuticos o de inserción laboral.

De estas reflexiones nace la necesidad de:

- Elaborar y promover una educación para la integración laboral;
- Definir con claridad los objetivos, los métodos, las acciones o los actos y los resultados previstos por los proyectos;
- Llevar a cabo una reflexión sobre las funciones, la profesionalidad, las competencias y las prácticas in situ, reflexionar sobre cual entre los varios procesos llevados a cabo y las nuevas competencias adquiridas pueden luego considerarse como ejemplares y modélicas en la perspectiva de la futura proyección.
- Verificar y evaluar los proyectos.

El paso a realizar es el de ir más allá de las pequeñas experiencias parciales, para realizar una proyección articulada y aprovechar todos los recursos locales. Esto permitiría elaborar una cultura, una práctica teorizada, instrumentos y técnicas útiles y prioritarios durante el proceso de acompañamiento, soporte, desarrollo y enfrentamiento entre las realidades durante la resocialización de los toxicodependientes. En síntesis, la puesta en marcha de una reflexión que tenga como objetivo ordenar y reestructurar la temática “trabajo” abriéndola a una lógica de promoción y desarrollo.

En particular es necesario desarrollar proyectos de inserción laboral de los toxicodependientes en empresas sociales, artesanos y fábricas “profit” (lucrativas), además de activar formas de iniciativas sociales en las que se valore el protagonismo de muchos jóvenes procedentes de situaciones de desventaja social.

6.2 Proceso de Inserción

El Proceso de Inserción en Italia, para Giuseppe Vaccari, se puede dividir en tres fases:

1. La activación de la inserción laboral

Tras la elaboración de un proyecto individualizado y la individualización de la unidad productiva en la que se realizaría la inserción laboral (la conjunción ideal consiste en combinar la personalidad del individuo con las características del puesto de trabajo), se pasa a la activación formal de la inserción laboral que prevé algunos instrumentos tales como los acuerdos para la inserción laboral (es el instrumento que “prima” entre las partes: empresas, candidato, cooperativa), la norma terapéutica (instrumento utilizado por algunos servicios para reafirmar los compromisos entre el candidato y el propio servicio).

2. La gestión de la inserción

Puesto en marcha el proceso de inserción laboral es necesario gestionarlo y monitorizarlo, verificando periódicamente su curso.

3. La valoración de la inserción

La valoración requiere sondear el éxito o el fracaso del proceso iniciado. Con frecuencia se evalúa negativamente una inserción laboral que no se ha transformado, en el momento en el que el período de prueba ha terminado, en un trabajo continuado y estable. Se considera, sin embargo, que la valoración de la inserción laboral deba tener en cuenta no sólo la transformación del trato entre la persona insertada y la empresa sino también los cambios que se hayan producido en el propio individuo (visión de futuro, integración social).

6.3. Algunas herramientas:

6.3.1. Valoración proyectiva

Uno de los aspectos menos conocidos y desarrollados en el campo de la inserción laboral, según Vaccari, es la valoración proyectiva. Ésta consiste en la lectura crítica de las intervenciones llevadas a cabo para verificar el éxito o el fracaso de dicha intervención. Es importante evaluar los éxitos de la intervención relacionándolos con las expectativas de los interlocutores involucrados (operadores privados y públicos, personas responsables de los procesos de inserción laboral, patronos, compañeros de trabajo), y todo esto en función de los objetivos previos. Esta actividad permite evidenciar los aspectos de fuerza o de debilidad del proyecto de inserción. El uso de instrumentos y tablas estadísticas compartidas puede proporcionar una evaluación más objetiva.

6.3.2. La promoción

Crear las bases para un contacto entre lo social y el mundo del trabajo, que finaliza cuando se obtiene la disponibilidad por parte de las realidades empresariales, se tiene el itinerario de la inserción laboral inmediata y se ha preparado el camino a los asistentes sociales que median en el contacto directo con la empresa. Una estrategia personalizada para la promoción es la Campaña de difusión a través del envío de un folleto, de una carta de acompañamiento. En la medida de lo posible utilizar los “mass media” locales, sobre todo si son periódicos de la administración o de asociaciones reconocidas como de valor público.

6.3.3. La sensibilización

A través del contacto directo con las empresas (responsables del personal, patronos, encargados), se tiene la posibilidad de comunicar y transmitir una cultura social de la integración laboral.

La publicidad es en ciertos aspectos una actividad de sensibilización, pero se dirige a un número limitado de actores (responsables del personal, algunas empresas). La sensibilización sin embargo, apunta a un mayor número de unidades productivas y se piden objetivos más específicos (afrontar situaciones específicas de necesidad).

6.3.4. Actividades de monitorización de epidemiología y de investigación

Las actividades de monitorización, de epidemiología y de investigación, son indispensables en el campo de la toxicodependencia. La actividad de investigación debe incluirse en la programación de los servicios y tener objetivos precisos y definidos, tales como:

- Conocer aspectos, formas y modos en que se desarrolla y se modifica la toxicodependencia.

- Conocer las características y las peculiaridades del fenómeno toxicodependencia en su propio entorno.
- Proporcionar datos documentados para la actividad de programación regional y empresarial.
- Adquirir elementos de conocimiento y de valoración sobre los métodos y los instrumentos que han de intervenir.
- Localizar nuevos y más adecuados instrumentos operativos.

6.3.5. Verificación de las intervenciones

Con el fin de localizar los instrumentos más necesarios, optimizar las respuestas y utilizar los recursos para permitir la extensión, la expansión y difusión de las modalidades de intervención, la contratación, la retención o corrección de aquellos que han resultado poco eficaces, es necesario una verificación constante de cada intervención y la valoración de los resultados conseguidos.

La verificación de las intervenciones y la valoración de los resultados conseguidos en relación de los objetivos, es la condición para la continuación de la experiencia y para el acceso a las financiaciones públicas.

En los tratamientos a las personas con problemas de dependencia de sustancias psicoactivas, es necesario el conocimiento de las condiciones físicas, psíquicas y sociales del individuo, una valoración diagnóstica documentada inmediata (no más de 15/30 días), cimentada en el respeto a la persona y teniendo en cuenta sus indicaciones. El diagnóstico debe ser el resultado de un colectivo de profesionales necesarios para satisfacer las exigencias interpretativas y de intervención de la toxicodependencia. La formulación diagnóstica es el instrumento esencial para abocar a la reorganización de la persona en su totalidad.

7. Iniciativas en Grecia¹⁰⁰

Los primeros programas para adictos a las drogas en Grecia, comenzaron en los años 80, cuando la adicción tomó la forma de problema social.

Después de la terapia, el tema de la reintegración social se convirtió rápidamente en un tema prioritario no sólo desde el punto de vista de los programas terapéuticos y los pacientes sino también para la comunidad.

Se establecieron gradualmente dos leyes para afrontar el problema de la adicción.

La primera ley (1729/87) fundó la Organización para combatir el abuso de las drogas, llamada OKANA; esta Ley es responsable de estudiar, proponer y organizar la política nacional en el ámbito de la prevención, terapia y reintegración social subvencionando también estos programas.

Esta Ley proporcionó el marco legal así como las directrices necesarias para la creación de comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación.

También dio el derecho legal, a aquellos que completan tales programas, para solicitar al tribunal que no se incluyan en su relación de antecedentes penales, solicitadas por los empresarios, las condenas anteriores relativas al uso de drogas.

La segunda ley (2161/93) dio la oportunidad a otras instituciones (municipios, iglesia, etc) aparte del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, de crear programas de reintegración social en la comunidad bajo la dirección y apoyo de OKANA.

La mayoría de los programas terapéuticos que ofrecen centros de rehabilitación organizados para la reintegración social de ex toxicómanos son los que se describen a continuación:

¹⁰⁰ REZITI, V “Situación en Grecia” En: Ibídem.

7.1. KETHEA

Es una asociación no gubernamental sin ánimo de lucro que se encuentra bajo el auspicio del ministerio de salud y servicios sociales.

Kethea fue el primer centro que creó en 1983 un programa terapéutico libre de drogas basado en la filosofía de las comunidades terapéuticas. Kethea ofrece tratamiento, formación profesional y rehabilitación social para drogodependientes.

Hoy en día Kethea gestiona muchos programas terapéuticos a lo largo de toda Grecia. Tiene nueve centros de asistencia, seis comunidades terapéuticas, seis programas familiares, siete programas para adictos en prisión, dos programas de trabajo de calle y ocho casas de ingreso orientadas a la reintegración social de los ex toxicodependientes.

Con el objetivo de alcanzar la reintegración social Kethea intenta eliminar deficiencias e incrementar las destrezas sociales y profesionales. Los cursos sobre orientación profesional y formación profesional forman parte de la terapia.

Para superar las dificultades en el empleo y ayudar a los ex adictos a afrontar sus problemas legales, Kethea está intentando organizar una red psicosocial de apoyo en la comunidad cooperando con municipios y organizaciones de profesionales.

Kethea ha comenzado una serie de programas de formación profesional financiados por la Comisión Europea y en colaboración con el Ministerio de Trabajo, el Instituto Nacional de Empleo, Universidad de Pantio, la Administración de Juventud y muchos municipios.

También se facilita formación a los ex toxicómanos que después de la terapia están interesados en ser terapeutas para trabajar en Kethea o en otro programa relacionado con las drogodependencias.

Kethea participa en las Iniciativas de la Comisión Europea: INTEGRA Y YOUTHSTAR.

7.2. PROGRAMA 18

Este programa se originó en 1985 y está financiado por el Hospital psiquiátrico de Attica. Hoy tiene muchos programas en Atenas y Tesalónica; rehabilitación terapéutica y centros de terapia familiar, programas para jóvenes adictos y mujeres adictas sin hogar, etc. Para Programa 18, la fase de reintegración social es la última parte de la terapia y la más crucial y tiene como objetivo hacer que el paciente sea capaz de organizar su vida en base a un nuevo significado y que afronte la realidad sin huir de las dificultades y las decepciones.

El programa terapéutico es la transición necesaria para un lento y doloroso retorno a la sociedad. A través de la terapia los pacientes se dan cuenta de que pertenecen al marco terapéutico, al grupo. Esta puede ser la primera vez que sienten que forman parte de un grupo y al mismo tiempo son independientes.

El empleo fortalece los sentimientos de independencia e incrementa su responsabilidad, reconocimiento social, autoestima. También propicia las circunstancias para establecer nuevas relaciones, nueva forma de vida y un cambio constante.

Los objetivos terapéuticos en el proceso de reintegración social son los siguientes:

- Formación profesional y trabajo creativo
- Participación en actividades educativas y otras actividades mentales
- Estimulación para la práctica de hobbies
- Participación en actividades deportivas
- Participación en actividades culturales y artísticas

- Participación en grupos de auto-ayuda (A.A.N.A)
- Aprender a afrontar crisis y situaciones de alto riesgo
- Creación de una red social de apoyo
- Creación de nuevas relaciones en el espíritu de participación comunitario
- Adoptar un papel importante para uno mismo y para otros en el marco de un nuevo estilo de vida libre de drogas, llena de valores, significados y objetivos
- Perseguir-alcanzar cierta calidad de vida
- Adquirir respeto en sí mismo, autocontrol y sentimientos de idoneidad personal.
- Desarrollar una forma crítica de pensamiento paralelo a la expresión emocional; respetar lo que es diferente.
- Ser capaz de programar y planificar a largo plazo. Comprometerse con las responsabilidades.
- Independencia con la familia de origen a todos los niveles
- Asegurar y proteger todos los derechos humanos y democráticos en contra de la discriminación y el racismo social

7.3. THISEAS

Este programa se originó desde la Municipalidad de Kallithea en cooperación con el Ministerio de Salud y Servicios Sociales. Thiseas acepta ex toxicómanos que han completado un programa terapéutico y hacen frente a dificultades en su rehabilitación social y profesional.

El objetivo de este programa no es sólo la reintegración social de sus miembros. Su objetivo consiste en ser capaz de intervenir en todas las

actividades conectadas con la reintegración social de ex adictos desde la política nacional y redes de apoyo social hasta la sensibilización de la sociedad.

Los servicios ofrecidos por este programa incluyen:

- Grupos de auto-ayuda
- Grupos de actividades sociales
- Grupos de prevención de recaída
- Terapia de grupos de drama
- Cursos de orientación y formación profesional
- Atención médica
- Ayuda legal
- Actividades culturales y deportivas
- Lecciones de navegación

7.4. OKANA

En 1996 OKANA comenzó dos programas de sustitución (metadona) en Atenas y Tesalónica.

Estos programas incluyen una fase de desintoxicación y una de rehabilitación social.

En la fase de desintoxicación se suministra metadona. Aparte de la proporcionada en el programa no se permite el uso de otras sustancias. Hay un tiempo máximo de dos años para la desintoxicación gradual de metadona y después el paciente entra en la fase de rehabilitación social. En la fase de desintoxicación, los pacientes participan en terapias individuales y de grupo.

También se facilitan subvenciones sociales, servicios médicos y acceso a actividades culturales y artísticas.

A finales de 1996 el programa ofreció a los pacientes cursos de formación profesional en cooperación con la administración para la formación profesional y el OAED (Organización para el Empleo). La idea era que la socialización podía empezar antes de la fase de rehabilitación. Esta puede llevarse a cabo durante la desintoxicación y el paciente puede adaptarse gradualmente al proceso de formación y empleo.

Los trabajadores sociales animaron a los pacientes interesados en trabajar a solicitarlo al OAED que es la organización responsable de encontrar trabajo a los desempleados. En 1997, OKANA empezó el programa de “ayuda legal” para todos los pacientes que participaban en programas OKANA. A finales del año se proporcionaron cursos de formación en prevención para aquellos pacientes que estaban llevando a cabo la terapia de forma correcta. Algunos de estos pacientes trabajaron posteriormente en un programa de OKANA de trabajo de calle.

En diciembre de 1997 se realizó el traslado de los primeros pacientes desde el centro de desintoxicación al centro de rehabilitación social. Durante los primeros meses de rehabilitación se da la opción y se anima a los pacientes para que tomen naltrexona con el objetivo de reducir el riesgo de recaída.

Un análisis estadístico mostró que sólo un 10% de los pacientes que participaron en el programa cuando comenzó en 1996 consiguieron alcanzar el centro de rehabilitación social. El otro 90% volvió a las calles principalmente por ser expulsados del programa al consumir otras sustancias paralelamente o por comportamiento violento.

El centro de rehabilitación ofrece terapia individual y de grupo así como varias oportunidades para participar en grupos o eventos artísticos y culturales. Sus servicios sociales cooperan con instituciones públicas y

privadas así como ayuntamientos para proporcionar a los ex toxicodependientes formación profesional y oportunidades de trabajo. El programa dura un año. Después de finalizar el curso aquellos que quieran iniciar su propio negocio pueden solicitar al OAED un préstamo profesional.

8. Un Ejemplo Francés: Centro de Tratamiento “LE PEIRY”¹⁰¹

Desde 1974, “Le Peiry”, Centro de Tratamiento Especializado para Drogodependientes, acoge, en el departamento francés del Lot, al norte de Toulouse, consumidores de drogas, hombres y mujeres que han consumido principalmente heroína por inyección intravenosa o también medicamentos psicotrópicos. La mayoría de ellos llegan de centros urbanos (París y sus alrededores, Norte, Este, Provenza, Costa Azul, etc.) de donde proceden y donde viven situaciones de exclusión afectiva, física, social y cultural. En general, dicen desear, como todos los drogodependientes del mundo, entender las razones de sus dependencias a la droga, con exclusión del alcohol y del cannabis; su deseo profundo es conocerse mejor, vivir como todo el mundo, una vida normal, decente, sin violencia, sin robo, sin mentira y sin líos.

Desde hace algunos años, recibimos usuarios substituidos (un 60%), en tratamiento de Metadona o Subutex (buprenorfina dosificación alta) y tratamientos médicos: ansiolíticos e hipnóticos, antidepresivos y, pocas veces, neurolépticos.

Para Massaloux, lo que más ha cambiado es el entorno social y eso es lo que plantea problemas: vagabundeo, precariedad, desempleo, pobreza, familias monoparentales, sida, hepatitis B y C son los principales cambios. Por esto, más allá del trabajo psicoterapéutico, son sus objetivos de inserción los que han cambiado completamente.

¹⁰¹ MASSALOUX, C. “La inserción de drogodependientes (...)” En: *Ibídem*.

Para “Le Peiry” el acompañamiento social del drogodependiente ya no sólo consiste para nosotros en el tratamiento de la marginalidad o de la desventaja para el trabajo. Apoyándose en el análisis de Robert Castel, pensamos que estos déficits reflejan más “una carencia de la organización social que no da a sus miembros los medios necesarios para integrarse” que “una incapacidad propia del individuo en satisfacer las exigencias requeridas”.

- ¿Entonces, cómo satisfacer el requerimiento social?
- ¿Cómo elaborar estrategias para la reinserción de los drogodependientes, desconfiando a la vez de las categorizaciones a partir de las definiciones inducidas por las políticas sociales?
- ¿Cómo acompañar la recomposición de la identidad social, la inscripción social, la inserción social, sino es haciendo fuerza en la justicia social y recreando vínculos?

Para responder a estas preguntas, el representante de “Le Peiry” echa mano, con suma originalidad, de Freud, que en 1929, en su obra *Malestar de la Cultura*, dice que “lo que el ser humano más difícilmente soporta, es la relación con el semejante”. A su modo de ver, uno de los factores más importantes de esta desarmonía en la relación con el Otro, es la agresividad. También escribe que “es una representación de la pulsión de muerte”

Según “Le Peiry” el trabajo principal sería, en estos tiempos de mutación, más que nunca, ayudar al sujeto drogodependiente a renovar una relación con el Otro, integrando en ella su dificultad. Esto es lo que intentan cada día, bien en el Centro, en su taller de imprenta y de mantenimiento de pequeños patrimonios, en el Centro de Metadona o bien en su red de Familias de Acogida.

Desde la creación de “Le Peiry”, el Consejo de Administración de la Asociación y los equipos pluridisciplinares trabajan sin cesar en la inserción de la institución, principio ineludible para evitar la desunión socio-económica, e incluso socio-política.

Todos los actores de este universo voluntariamente limitado, se inscriben dentro de una multitud de redes económicas y sociales, que existen en torno a la Asociación, con su patrimonio, sus tradiciones, su cultura, profundamente arraigadas. Procuran ofrecer un entorno de seguridad, de tranquilidad, propicio para la reestructuración de la personalidad.

Según Massaloux, su región, a pesar de los atractivos turísticos que presenta, sigue siendo profundamente rural y refleja bien los rasgos del hombre arraigado a su tierra. Y la red de la que hablábamos, a la que están invitados nuestros residentes, al igual que la evolución rural, se ha tejido poco a poco en la ilustración de valores especiales, propios del entorno, construido sin ruido, en la prudencia, las vacilaciones y la perseverancia. A pesar del hábitat dispersado y de las infraestructuras disparatadas, reina un espíritu fraternal y solidario procedente de miles de desgracias acumuladas a lo largo del tiempo.

A pesar de que la comodidad, la mecanización, la electrónica y la informática tengan ahora una gran importancia en lo cotidiano, los momentos de vida que proponemos, bajo el frío, el sol o la lluvia, dan o vuelven a dar forma, día tras día, y favorecen un movimiento profundo que tal vez refleja un primer sentido del redescubrimiento de un sentido social olvidado...

8.1. La Espeleología como actividad de Reinserción

“Le Peiry”, siguiendo con su originalidad, propone la Espeleología como actividad de reinserción social. Veamos cómo:

Entorno y medio subterráneo

Como muchas otras actividades, la espeleología requiere que se fije con precisión el objetivo, que se tracen indicaciones en un mapa (itinerarios), que se haga un reconocimiento del terreno (iniciativas locales), lo que supone informarse dirigiéndose a los habitantes del lugar.

Una expedición de este tipo requiere una preparación concienzuda y meticulosa del material colectivo e individual. En función del tiempo proyectado se suele preparar comida. A la vuelta son de rigor, inspección y limpieza. Son tareas algo ingratas y pesadas y hay que decirlo, los voluntarios tienden a volatilizarse.

Muy pocos son los precipicios que no requieran una marcha de acercamiento, cargando con un material pesado. Las cavidades son por esencia, difíciles de descubrir. La boca estrecha se esconde bajo un bosquecillo de enebro y, entre las espinas agresivas, es donde hay que buscar (hostilidad social), y a veces durante un tiempo bastante largo. Algunos capitulan y dejan que otros compañeros más perseverantes o impacientes se encarguen de seguir buscando.

Si hace sol, se tienden en la hierba, si llueve o si hiela, valen todas las astucias para hacerse un ovillo en los coches. De repente, se oyen gritos, se ha descubierto la gruta, con más o menos alegría por parte de todos. Así es, la espeleología no responde al “todo, en seguida, aquí y ahora mismo” y obliga a retardar el placer.

Los bautismos de arcilla, la oscuridad, la noche, los silencios impresionantes o los ruidos raros incluso conmueven a los más recalcitrantes. Los más vándalos demuestran un respeto sorprendente cuando se trata de abrir camino entre las concreciones inmaculadas.

Las sombras fantasmagóricas proyectadas en las paredes y mezcladas con las estalactitas y las estalagmitas, ofrecen un espectáculo fascinante. Las minúsculas gotas de agua depositadas en una puntilla de calcita proporcionan discusiones sobre los siglos pasados y trae inexorablemente el tema del envejecimiento, ineludible, tema tan apreciado por el drogodependiente.

Contrariamente a la idea que podríamos tener, el drogodependiente –excepto en algunos casos- no es una persona muy temeraria, ni suicida; muy al contrario, conoce el miedo, el pánico con toda la dificultad que supone disimular sus emociones en lugares de este tipo. Los temblores, la palpitación del pulso, los malestares son inevitables en estos lugares; requieren un auto-control y una superación de sí mismo poco comunes. El drogodependiente empieza en este momento a dejar que penetren otras sensaciones que las relacionadas con los placeres quiméricos...

Las condiciones específicas requeridas en cualquier expedición aseguran un aprendizaje sin equívoco. La exploración de una gruta está en todos sus aspectos muy codificada. Las transgresiones son escasas, chicos y chicas respetan las normas (leyes socio-laborales), sabiendo que un mosquetón mal apretado puede suponer una sanción inmediata.

El paso de zonas estrechas, de fisuras o de gateras despierta a menudo unas angustias terroríficas: “¡No pasaré! ¡Voy a quedarme bloqueado!

Los movimientos pendulares en los pozos verticales, la subida por una escala estrecha, caprichosa, requieren más un ritmo cambiante o una sincronización que despliegues intempestivos y agresivos o fuerza muscular.

La asimilación de estos reflejos juega un papel esencial, pidiéndose al drogodependiente no solamente el aprendizaje de un gran esfuerzo sino también un poco de ambición y mucho optimismo.

La práctica de la espeleología no resulta de la casualidad o del encuentro fortuito con elementos o individuos, en un momento determinado, en un lugar incierto.

Incita a definir objetivos precisos (itinerarios), a equiparse de materiales e instrumentos adaptados (formación): “No utilizaremos una cuerda de 30 metros para bajar a un pozo de 50 metros”.

Prevenir y dominar sus propias debilidades, atreverse a aplazar sus límites y no desconcentrarse ante el menor obstáculo, son las características esenciales experimentadas en estas situaciones.

Según Massaloux, el aprendizaje de esta disciplina, pasa por diferentes estadios de aprensión, aclimatación, debe darles los medios para orientarse en un entorno dado, con límites siempre inciertos. Fluctuantes constantemente entre dos visiones distintas, encontrando muy a menudo la analogía con la ambivalencia y la incoherencia de los adultos en respuestas evasivas e hipócritas. Se trata entonces de darle al drogodependiente, en un cuerpo nuevamente sexuado, certidumbres, puntos fijos de referencia, el placer y el goce de la autonomía.

Este rodeo subterráneo, continúa Massaloux, tenía como único objetivo tocar un punto fundamental de nuestro proyecto terapéutico, la renovación de la relación con el Otro, que permite hacer las paces consigo mismo.

El siguiente punto que toca, es el de la propia inserción del Centro, preámbulo ineludible que puede permitir ambiciones de reinserción.

La asociación dispone de una pequeña imprenta, de un taller de mantenimiento y patrimonio y de un centro de ayuda a la vida activa. Practican igualmente el repaso del “saber de base”, una aproximación del mundo actual en el que se aprende los miles de procedimientos administrativos, así como un aprendizaje de las nuevas tecnologías de la comunicación.

Estos talleres no son ocupacionales ni ergoterapéuticos; tienen una misión productiva y generan una renta. También son obligatorios con la equivalencia de un trabajo a media jornada. Este pecunio ganado (sin cargas sociales y sin impuesto para el residente), representa aproximadamente 1.300 francos franceses al mes (ap. 32.000 ptas.). Permite una autofinanciación parcial de la estancia y una parte contribuye a un principio de autonomía.

El residente se queda con un 50% del dinero para gastos menudos; un cuarto se añade a una reserva colectiva gestionada por el grupo. Esta reserva se utiliza para proyectos exteriores de ocio.

Es un instrumento que, por lo que está en juego, permite normalizar una cierta dinámica en torno al dinero y a su poder.

Más ocasionalmente, ya que la cobertura social alcanza de un 60 a un 70%, puede ser utilizada para financiar lo que llamamos la urgencia médica.

El último cuarto se gestiona individualmente y constituye un pequeño capital ahorro para los proyectos de inserción, que se añade, por algunos, a distintos recursos percibidos durante la estancia, como el RMI (Renta mínima de Inserción), subsidio para minusválidos o subsidio de la seguridad social.

Pero el contexto de este fin de siglo, sigue Massaloux, les hace dudar de estas acciones. Se están planteando otra manera de abordar la reinserción a la vista del año 2000. Dudan de su organización global, como cualquier empresa, el objetivo ya no consiste en tener una producción muy importante.

Las dificultades económicas les imposibilita cualquier previsión. La competencia es importante y la aparición de nuevas empresas perturba su micro-organización.

Los problemas de inversión, las reglamentaciones y el reforzamiento de las legislaciones, con nuevas disposiciones, IVA, cargas sociales, impuestos...

Inspirados en el reengineering, que es un concepto de gestión organizacional que tiende a juntar recursos de la empresa en torno a procesos de base, intentan actualmente una reestructuración, no en función de sus recursos sino en función de sus objetivos, y más precisamente en función de las actividades que practican para satisfacer las necesidades de sus residentes.

9. Portugal

9.1. La Organización DIANOVA como Empresa de Inserción

El objetivo de la Asociación DIANOVA Portugal en la creación de puestos de trabajo conlleva numerosas dificultades, no sólo por lo especial del universo de sus trabajadores, sino también por el aumento de gastos que la situación exige.

De esta manera, con la candidatura a las empresas de inserción, la Asociación da una oportunidad a sus usuarios profesionalmente más desfavorecidos, permitiéndoles una formación profesional mediante un sueldo (cofinanciado por el Estado). Posibilita a la Asociación, el financiamiento conseguido, implementar la capacidad de producción de algunas de sus actividades como la floricultura, la ganadería, etc, aumentando las posibilidades de conseguir, para estas personas, contratos de trabajo indefinidos

Los futuros trabajadores de la Asociación en su mayoría provienen de grupos especialmente desfavorecidos de cara al empleo, con niveles muy bajos de estudios y sin cualificación profesional; presentando debilidad en condiciones básicas de orden personal para el ejercicio de una profesión en una organización de trabajo. Siendo un problema añadido, la falta de soporte familiar para la participación social y profesional.

Así, la situación de los futuros trabajadores exige una promoción de sus condiciones de empleo mediante la profesionalización de la superación de necesidades básicas, con programas de formación profesional adecuados a su instrucción, capacidades y una intervención global de apoyo a la reorganización de su vida, con un acompañamiento en la búsqueda y mantenimiento del empleo.

Estas exigencias desbordan los medios de la Asociación, por lo que necesita recoger apoyos exteriores. En este contexto las empresas de inserción

creadas por el decreto N° 348-A/98 del 18 de junio, son una de las medidas previstas en el Plan Nacional de Empleo, válidas para responder a las necesidades anteriormente enumeradas.

Las empresas de inserción son estructuras dotadas de autonomía administrativa y financiera que se integran en el organigrama de la Asociación y desarrollan las actividades de la Asociación que demuestran tener alguna viabilidad económica, reclutando para éstas a los usuarios de la Asociación.

Como empresa de inserción, el Estado portugués concede a la Asociación apoyo técnico en la preparación del proceso de inserción y en el acompañamiento de las personas en proceso de inserción, desde la admisión hasta la efectiva integración en el mercado de trabajo, y apoyos financieros a la inversión y al funcionamiento de las actividades que van a integrar la empresa de inserción. También se consigue un premio de integración para cada contrato de trabajo que la Asociación obtenga con las personas en proceso de inserción.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

1. Adaptación de las CCTT a la cronicidad y comorbilidad de los drogodependientes
2. Origen y desarrollo, SYNANON, DAYTOP-VILLAGE
3. La CT de origen anglosajón. Desarrollo y características, MAXWELL JONES
4. La C.T.D. según DAYTOP y la CT según M. JONES
5. Europa: La Nueva Comunidad Terapéutica
6. Indicadores de Calidad en las CCTT. Europeas
7. Definición de Comunidad Terapéutica Profesional
8. Propuesta de un conjunto de indicadores de calidad
9. Criterios de indicación en CT
10. Evaluación cognitivo-conductual de heroinómanos en CT
11. Retención en las Comunidades Terapéuticas
12. Valoración económica de los servicios de una CT Profesional
13. Criterios básicos para considerar una institución como CT. Profesional

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

La Comunidad Terapéutica para drogodependientes (CTD) está constituida como un medio terapéutico basado en la interacción permanente entre el usuario, los pares y el equipo, donde se realiza una intervención intensiva, multidisciplinar, coordinada y orientada a la rehabilitación integral del drogodependiente.

El tratamiento en CT supone la abstinencia de drogas de abuso y un cambio global en el estilo de vida que integra comportamiento, patrones de respuesta cognitivos y afectivos, actitudes y valores, equilibrio psicológico y un compromiso activo con la resolución de las secuelas del abuso de drogas. Los agentes del cambio son estrategias de intervención aplicadas por un equipo especializado, la asistencia integral, el aprendizaje social dentro de un contexto grupal, la autoayuda y la motivación personal hacia el cambio.

Las Comunidades Terapéuticas profesionales para Toxicómanos (CC.TT), en España¹⁰² como en otros países europeos, ofrecen un modelo de rehabilitación muy útil para un sector de drogodependientes que necesitan un entorno seguro e intervención más intensiva. La evolución de estos programas se dirige hacia su adaptación a las nuevas características de los usuarios y el aprovechamiento máximo de los recursos.

¹⁰² COMAS, D “Criterios y Normas para la Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos” APCTT. 1994.

1. Adaptación de las CT a la cronicidad y comorbilidad de los drogodependientes y a los nuevos patrones de consumo.

La evidencia clínica sugiere que un porcentaje cada vez mayor de usuarios presenta trastornos psiquiátricos concurrentes o pasados, especialmente trastornos afectivos y de personalidad. Asimismo, los datos disponibles muestran que los usuarios de CT. son sujetos que presentan en muchos casos una larga carrera adictiva y antecedentes de múltiples tratamientos, seguidos de recaídas. Ambas características (cronicidad y comorbilidad) aparecen habitualmente asociadas a peores resultados del tratamiento por abuso de drogas.

Algunas CC.TT, en Europa y EE.UU, están adaptando sus programas para pacientes crónicos (por ejemplo, el tratamiento con metadona), y en pacientes con trastornos psiquiátricos concomitantes (medicación psicofarmacológica).

La experiencia clínica actual muestra que un porcentaje de pacientes en mantenimiento con metadona no consigue alcanzar los objetivos terapéuticos, y continua con prácticas arriesgadas (uso de drogas, conducta sexual de riesgo, etc.). Las CC.TT. comienzan a aportar alternativas terapéuticas para este tipo de pacientes que no se adaptan a programas de tratamiento con metadona en régimen ambulatorio.

2. Origen y desarrollo. SYNANON, DAYTOP-VILLAGE. Características básicas.

2.1. SYNANON

En California (EE.UU), en 1958, un grupo de personas adictas a la heroína, lideradas por Charles Diederich, se organiza (siguiendo el modelo de Alcohólicos Anónimos) en una comunidad residencial: SYNANON, donde

acogen a todo tipo de drogodependientes. Se constituyen como grupo de autoayuda y rechazan la participación de profesionales de Salud Mental. La comunidad de SYNANON pretende ser una especie de familia sustitutiva y se va conformando como una comunidad de vida alternativa que se automargina y que, partiendo de una supuesta incompatibilidad entre el adicto a drogas y la sociedad, exige a sus miembros permanecer indefinidamente en la organización para asegurar el mantenimiento de la abstinencia, de tal manera que el abandono, o el ser expulsado de SYNANON, supone una imposibilidad de retorno. (Roig-Traver¹⁰³, 1986; Comas¹⁰⁴, 1987).

Esta comunidad adopta una estructura interna rígidamente jerarquizada donde el residente va ocupando diferentes lugares en función de sus cambios de actitud y/o conducta. Plantean conseguir lo que es llamado la “autoidentificación” o “hallazgo de uno mismo” y utilizan para ello los llamados “Juegos de SYNANON”, unas particulares dinámicas grupales de “Ataque o Confrontación”, dirigidas por los internos más antiguos, donde se denuncian ante el grupo las conductas o actitudes negativas de alguno de sus miembros. En SYNANON el recién llegado es considerado “como si fuera un niño” que en la comunidad entra en un proceso de aprendizaje para lograr la madurez.

Esta organización, que se expandió notablemente llegando a contar con miles de miembros, fue entrando en un intenso proceso de deterioro que fue derivando hasta consolidarse como una secta fundamentalista y autoritaria, dirigida tiránica y delirantemente por Charles Diederich, quien acabó introduciendo una serpiente venenosa en el buzón de un miembro disidente, en 1987. SYNANON terminó, pues, totalmente aislada y cerrada sobre sí

¹⁰³ ROIG-TRAVER, A. “El modelo americano de Comunidad Terapéutica y su difusión en Europa”. XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Palma de Mallorca, 1986.

¹⁰⁴ COMAS, D. “El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas.” Ministerio de Sanidad y Consumo. PNSD. Madrid, 1988.

misma, sin ninguna proyección asistencial real. (OTTENBERG¹⁰⁵, 1982; MANN¹⁰⁶, 1987).

Pero, como subraya O'Brien¹⁰⁷, en 1985: “Es incuestionable la influencia y el impacto de SYNANON sobre las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes actuales”.

2.2. DAYTOP-VILLAGE

En 1964 un grupo de miembros de SYNANON es contratado por un organismo público norteamericano para que, en colaboración con un equipo de profesionales de Salud Mental, organicen un Centro de Tratamiento para Toxicómanos.

Así surge DAYTOP-VILLAGE, la primera C.T.D atendida por un equipo mixto, compuesto por extoxicómanos y profesionales de Salud Mental. La C.T.D DAYTOP se plantea ya como un recurso asistencial para la deshabituación y posterior reinserción social del drogodependiente. Propone un tiempo limitado de estancia en la Comunidad, en torno a 16-18 meses y un retorno a la sociedad a través de lo que llaman un programa intermedio, que incluye la utilización de pisos urbanos y psicoterapia de apoyo.

Mantiene de SYNANON la pretensión de alcanzar, mediante la disciplina y la autoayuda, un grado de madurez personal del que, se supone, carece el drogodependiente. Sostiene que la vida en comunidad y las actividades que en ella se realizan tiene efectos positivos sobre el residente y reproduce una estructuración interna muy jerarquizada, similar también a la de SYNANON.

¹⁰⁵ OTTENBERG, D. “The Therapeutic Community today” C.I.S. Roma. 1974.

¹⁰⁶ MANN, R.D; Wingard, J. “A cross-cultural study of drug rehabilitation methodologies in Sweden and the United States”. En: Eisman, S. ED. Drug Abuse. Foundation for a psychosocial approach. Faarmingdale.Baywood, 1987.

¹⁰⁷ O'BRIEN, W. “The therapeutic Community –static or moving” Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. Roma, C.I.S. 1985.

Las técnicas de intervención, prioritariamente grupales, son aquí formalizadas como: “Grupos de Encuentro”, “Dinámico”, “de Control”, “Especiales”, etc. perfectamente definidos. La intervención sobre las familias, mediante los llamados “Grupos de Encuentro familiares” fue introduciéndose progresivamente como otro elemento muy importante de esta modalidad de intervención en toxicomanías (Comas, 1987).

Todos los estudios coinciden en que la CTD DAYTOP va a ser la matriz y el modelo que van a seguir la mayoría de las Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos que comienzan a proliferar en los distintos países, a medida que la toxicomanía, como fenómeno social, comienza a extenderse. (Ottenberg, 1985; Comas, 1987).

3. La Comunidad Terapéutica de origen anglosajón. Desarrollo y características básicas, MAXWELL JONES.

Unos años antes, en la década de los cuarenta, después de la Segunda Guerra Mundial, va surgiendo en Inglaterra un importante movimiento de reforma en el ámbito psiquiátrico. Las instituciones manicomiales son cuestionadas y se denuncia el verdadero carácter de las funciones que cumplen: asilo, custodia y control social, por encima de los supuestos objetivos asistenciales rehabilitadores, al tiempo que subrayan los efectos de cronificación, marginación, hospitalismo y despersonalización producidos en los pacientes ingresados en este tipo de instituciones.

Tomando aportaciones de distintos campos teóricos: el Psicoanálisis, la Psiquiatría Social, la Terapia Ocupacional y la Psicología Social, una serie de autores investigan y buscan alternativas reformadoras del tratamiento en Instituciones residenciales de la enfermedad mental.

Así, T.F. Maine, publica en 1946 un artículo “El hospital como una Institución Terapéutica” dedicado a los trabajos de los psiquiatras del grupo de Northfield, entre los que destacan W. Bion y Richkman.

M. Jones, a partir de su trabajo al frente de una serie de Hospitales durante más de veinte años, publica varios textos donde va desarrollando el concepto reformador de Comunidad Terapéutica.

R.N. Rapoport publica su propio estudio, aportando elementos operativos para el funcionamiento de la CT. Siendo de especial interés su afirmación respecto a “la necesidad de diferenciar claramente el nivel psicoterapéutico del nivel de las actividades destinadas a la adquisición de hábitos sociales”.

Así surge, pues, la CT que define como su objetivo y razón de ser la rehabilitación y posterior reinserción del paciente al medio comunitario normalizado, rechazando rotundamente cualquier rasgo de aislamiento.

4. La C.T.D. según DAYTOP y la C.T. según M. JONES

En opinión de D. Comas, las nuevas CTD modelo DAYTOP representaron un retroceso respecto a los logros de la CT modelo de JONES, y señala como: “con la excusa de que los profesionales son incapaces de atender a los drogodependientes, preconizan no una alternativa a los sistemas psiquiátricos, sino que reconstruyen los hospitales psiquiátricos asilares, la vieja psiquiatría moral y el vínculo jerárquico intrahospitalario. Pero no sólo eso, sino que pasan a cumplir una función represiva, desde el momento en que el Derecho Penal empieza a plantearse la eficacia de penalizar conductas como el consumo de drogas” (Comas, 1988).

El mismo autor recoge la opinión de R. Castel¹⁰⁸ quien sostiene que, cuando un toxicómano es remitido a una de estas Instituciones “el juez sabe que no

¹⁰⁸ CASTEL, R. “La sociedad psiquiátrica avanzada” Anagrama, Barcelona, 1984.

corre riesgos dando prueba de esta aparente mansedumbre, porque tales Comunidades, incluso sin que sean, como cárceles, gestionadas por representantes oficiales del Estado, son también Instituciones totalitarias”(Castel, R. 1984).

En palabras de Comas “Lo que pasó en EE.UU a fines de los años cincuenta y principios de los sesenta, momento en el que se produjo uno de los ciclos altos de consumo de heroína, fue precisamente que las Instituciones de Salud Mental, en plena reforma, no podían jugar el papel represor y totalizador que el drogodependiente exigía, muchas Instituciones sanitarias no eran lo suficientemente totales ni represivas para las necesidades de un colectivo que vivía la libertad como riesgo”. (Comas, 1988).

A la luz de estas opiniones, es probable que la demanda de muchos de estos pacientes toxicómanos, fuera la de disolverse en un todo grupal, dirigidos por una figura de autoridad. Y ya se sabe que éste es uno de los modos más eficaces de lograr una especie de anulación de la subjetividad., siendo más fácil conducir al individuo, incluso contra su propia realización como ciudadano de pleno derecho. Así, nos encontramos con un colectivo conducido por la voz de un líder incuestionable y, poco a poco, omnipotente. Entrando en un terreno cercano a la violación de los Derechos Humanos más elementales.

Maxwell Jones llegó a declarar en 1979, que DAYTOP no era propiamente una Comunidad Terapéutica. Aunque más tarde, en 1985, cuando es invitado al Octavo Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas, organizado en Roma por el Centro Italiano de Solidaridad (Proyecto Hombre), afín a DAYTOP, suaviza parcialmente su postura, como consecuencia, según concluye Comas, en parte, de la evolución de las CCTT para Toxicómanos y de su progresiva profesionalización en institucionalización.

A partir de DAYTOP se aplica en Italia a través de Proyecto UOMO (Hombre), otro gran grupo de CT. El Proyecto Uomo tomó elementos

básicos de Daytop, incluyendo instrumentos más acordes a la realidad cultural y familiar de la familia europea latina.

El ingreso a Daytop se realiza a través de los SPAN (Special Project Against Narcotics), el candidato debe demostrar interés y constancia para ser admitido. Se puede exigir desde la realización de múltiples llamadas telefónicas o comparecencias a horas intempestivas y reiteradas, hasta la entrega de sus objetos más queridos (su guitarra por ejemplo) o incluso separaciones de su pareja.

5. Europa. La nueva comunidad terapéutica

5.1. Profesionalidad

La aplicación del movimiento de las CCT en Europa, como ya hemos mencionado, empezó en 1970. Desde el principio, tuvo un énfasis especial, pues al haber comenzado el movimiento en Inglaterra, Países Bajos y Bélgica, había allí más profesionales en comparación con otros lugares de fuera de Europa. En 1970, el Dr. Martien Kooyman fundó Emiliehoeve en Bloemendaal (La Haya, Países Bajos). En Bélgica, las tres comunidades terapéuticas (De Kiem, De Sleutel y Trepoline) *fueron establecidas en los años setenta bajo el liderazgo de tres directores de programa que habían sido formados como licenciados en psicología, educación o ciencias sociales* (J. Maertens en “De Sleutel”; E. Broekaert en “De Kiem” y G. Van der Straten en “Trepoline”). Siguieron una formación de terapeutas, siendo igualmente residentes de una CT.

Los primeros estudios en “De Kiem” se centraron no solamente en las características psicosociales y los diagnósticos psiquiátricos de los residentes, sino también en la estructura comunicativa dentro de la CT, el programa de acción y el seguimiento de los primeros cuarenta y cinco

residentes. Otros pioneros importantes de la investigación fueron sacerdotes, como por ejemplo Mario Picchi del Centro Italiano Di Solidarieta.

También hay que citar al ya mencionado Maxwell Jones, cuyo enfoque fue muy importante durante los años setenta.

En Suecia, la fundación Vallmotorp (Lars Bremberg) se basaba en la Milieu Therapy (terapia del entorno). En Alemania, la comunidad terapéutica se desarrolló de forma bastante independiente, a menudo iniciándose desde el sistema clínico. En Francia, se ignoró la CT desde el principio. En general, se puso mayor énfasis en la profesionalidad en los países del Centro y Norte de Europa que en los del Sur, donde el voluntariado era mucho más importante.

Durante los ochenta, el papel de los profesionales cambió. Se hacía una distinción entre aquellos profesionales que actuaban como directores administrativos, los que formaban parte del personal médico y los que eran investigadores.

5.2. Investigación

En la actualidad, algunos investigadores siguen perteneciendo al personal de la CT. En su mayoría recopilan datos epidemiológicos sobre las características de los residentes y buscan datos de seguimiento que demuestren el adecuado funcionamiento de los programas.

Al final de los noventa, se establecieron redes de investigación impulsadas por la Comunidad Europea. Redes importantes son las siguientes: el grupo para la evolución del tratamiento COSTA A-6 (Uchtenhagen, Coletti, Tempesta et al.) y el grupo IPTRP-Biomed 2, para la mejora del tratamiento psiquiátrico en programas residenciales para nuevos grupos de dependientes a través de la prevención de las recaídas. (Kaplan, Broekaert, Derks, Morival et al.)

Dentro de estas redes existen muchos intereses científicos, tanto por enfoques e instrumentos de investigación cuantitativos (EuropaAsi, MAPS, MSNA) como cualitativos (VACT –vídeo- test de reto a la adicción). Se tiene en consideración especialmente la estrecha colaboración con investigadores de las CT en este campo (Papanastasatos (“Kethea”, Atenas), Van der Meer&Hendriks (“Emiliehoeve”, La Haya), Raes (“De Sleutel”, Bélgica). Junto a todas estas actividades hay que destacar que la red más antigua, EWODOR, aún existe e incluso se está ampliando.

De vez en cuando surgen tensiones entre los investigadores independientes y el personal de la CT. No siempre es fácil encontrar el equilibrio perfecto entre un concepto o sistema de creencias y un enfoque científico.

5.3. Formación

Los profesionales de la CT responsables de la formación también contribuyen a la formación de los miembros del personal. En los noventa, los programas universitarios de la UE, como Erasmus o Sócrates, han comenzado a tener influencia en el mundo de las CT. Una innovadora gama de actividades formativas y educativas centradas en los estudiantes universitarios está siendo promovida por todas las universidades Europeas y Americanas, en estrecha colaboración con las CT. El instituto Modena se creó hace cuatro años como una iniciativa conjunta de la CT Modena, la EFTC (Federación Europea de Comunidades Terapéuticas) y la Universidad de Gante, que colaboran en un proyecto Sócrates con universidades italianas, españolas, portuguesas, escocesas, holandesas y suecas.

5.4. Redes

La comunidad terapéutica original, libre de drogas, se caracterizaba, como hemos ido viendo, por su estructura jerárquica. El programa de la CT constaba de una fase de inducción, otra de tratamiento y finalmente una fase de reinserción. Al principio, la terapia familiar apenas se utilizaba. Gracias a

la influencia de H.Bridger del grupo Tavistock, comenzaron los primeros planteamientos sistemáticos de sistemas abiertos. M. Picchi y J. Corelli, comenzaron a desarrollar un sistema de tratamiento de residentes centrándose de forma explícita en la estructura de sus familias, con especial atención al papel jugado por la madre del adicto. Sin embargo, la mayoría de las comunidades terapéuticas integraban el enfoque familiar dentro del proyecto educativo general. No querían ser consideradas como los discípulos de ninguna escuela en concreto. En cambio, utilizaban aspectos de muchos modelos de tratamiento diferentes, como por ejemplo: inter-generativo (Nagy), estratégico (Haley), estructurado (Minuchin), cibernético (Selvini) y estratégico estructural (Stanton & Todd). En Italia y en otros países del sur de Europa, se apreció igualmente una influencia considerable de Cancrini & Coletti.

Algunos trabajadores de CT italianas y españolas utilizaban el término “colaboración familiar” en lugar de terapia, indicando así que estaban utilizando los recursos de la familia para favorecer al cliente.

Sin embargo, la influencia del enfoque sistémico se hizo mayor y se estableció una gama de aplicaciones conocida como “nuevas comunidades terapéuticas” y hoy en día no es extraño ver redes de CT que incluyen CT para pacientes con problemas mentales, adolescentes, pacientes de programas con metadona, madres y niños, inmigrantes, grupos minoritarios, adictos en crisis, etc.

5.5. Valores

Hasta los noventa, el consumo de drogas se veía como un infierno absoluto y las leyes y enfoques de tratamiento tenían objetivos claros. Pero en la última década se han producido algunos desarrollos nuevos: tolerancia del consumo de cannabis, nuevas drogas de diseño y drogas inteligentes, consumo masivo de éxtasis y de otras sustancias en mega-fiestas dance y espacios recreativos, impacto limitado de la represión, nuevos programas de reducción de daños,

economía de libre mercado con fuerte competitividad y pérdida de la solidaridad.

El post-modernismo participa de una pérdida de valores y de un cierto relativismo. La complejidad de la información y de las posibilidades requiere un proceso de toma de decisiones inteligente. El sistema de valores ha de basarse en la flexibilidad. Es lógico que en tiempos de incertidumbre, las personas vuelvan a los sistemas de valores tradicionales, como el de la CT. Por otra parte, la CT ha de encontrar el equilibrio entre los nuevos retos y la seguridad de los viejos tiempos. Tendrá que ser este un cambio abierto sin que se pierdan sus aspectos básicos.

No debemos olvidar los valores en los que se basa la CT. No existe únicamente la “ciencia” de la CT, sino también el “arte”, la profunda experiencia y sabiduría de los trabajadores de la CT que llevan a cabo las tareas diarias.

6. Indicadores de Calidad en las Comunidades Terapéuticas Europeas

El concepto de calidad en un programa de rehabilitación en drogodependencias es difícil de definir, teórica y operativamente. La falta de un cuerpo de conocimiento sólidamente establecido acerca de la etiología y mantenimiento de los trastornos adictivos favorece la existencia de una gran variedad en los acercamientos teóricos al tema. Este hecho se asocia con una falta de modelos teóricos generalmente aceptados y de bases empíricas firmes para definir lo que debería ser un tratamiento “estandar y adecuado”.

“Además, el concepto de calidad surgido de la producción artesanal e industrial se complica en su aplicación a los servicios, donde “el producto” consiste principalmente en la intervención entre individuos, no resultando

inmediatamente “tangible” y no pudiendo ser totalmente planificado con antelación y medido con posterioridad”. (Fernández Gómez¹⁰⁹, 1998)

La calidad en los servicios asistenciales podría definirse en un sentido amplio como “el conjunto de características del servicio que le confieren aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente, entendido éste también en un sentido amplio” (Silva, Monturiol y Rodríguez¹¹⁰, 1991)

Estas características agrupan componentes de calidad científico-técnica, eficacia, eficiencia, adecuación y satisfacción del consumidor (usuarios atendidos, familiares, instituciones y comunidad global) y del profesional. Los aspectos tradicionalmente más relacionados con la calidad en los servicios de asistencia sanitaria, incluyendo el campo de las drogodependencias, implican la especificación de normas básicas que las agencias de tratamiento deben cumplir en su respuesta a las necesidades de los clientes

Los manuales de normas de calidad básicas especifican criterios para varios aspectos en estos servicios asistenciales: organización, gestión y financiación del programa; entorno físico; gestión de registros individuales; evaluación de pacientes; proceso de tratamiento; derechos del paciente; formación, gestión y desarrollo del personal; evaluación del programa; etc.

Aunque estos aspectos de la calidad pueden no ser suficientes para un tratamiento ideal o incluso adecuado de las necesidades del paciente, son un precursor de dicho tratamiento adecuado.

Más aún “resulta extremadamente difícil proporcionar un tratamiento adecuado en una institución que no tiene líneas de actuación orientadas

¹⁰⁹ FERNÁNDEZ Gómez, C. “Investigaciones y desarrollo de la calidad en Comunidades Terapéuticas Europeas” Grupo ERIT sobre Indicadores de Calidad. Rev. “Adicciones” Vol.10.Nº3. 1998.

¹¹⁰ SILVA, A; Monturiol, F; Rodríguez, I. “Calidad Asistencial Aplicada a los Servicios de Drogodependencias” Encuentro Nacional Sobre Sociología y Drogodependencias. Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. 357-386. Madrid, 1991.

hacia los aspectos estructurales y generales mencionados” (Mattick y Grenyer¹¹¹, 1990).

La Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en las Toxicomanías (ERIT) tiene entre sus objetivos generales la mejora de la asistencia. Más específicamente, ERIT tiene como objetivo favorecer el desarrollo de investigaciones y estudios comunes entre los Intervinientes Europeos en programas asistenciales y favorecer la participación de estos profesionales en una política europea en materia de drogas.

Algunas instituciones asociadas a ERIT han desarrollado recientemente sistemas y normativas para la garantía de la calidad, por ejemplo, Neviv en Holanda (Von Ooyen-Houben¹¹², 1997), FDR en Alemania, SCODA en Inglaterra, etc.

Otras, como la Asociación de Intervinientes en Comunidad Terapéutica (I.C.T., España), surgieron con el fin de definir y desarrollar un modelo basado en criterios de profesionalidad y calidad, dentro de una asistencia dirigida hacia las necesidades del paciente drogodependiente en rehabilitación. Este fin es común a otros profesionales de comunidad terapéutica en Italia, Alemania, Portugal, Francia, Bélgica, etc.

Recientemente, se han desarrollado en Europa iniciativas para poner en común los criterios que definen el modelo de comunidad terapéutica profesional. Sin embargo, no se conocen normativas Europeas sobre calidad en programas de tratamiento, elaboradas mediante la discusión, intercambio, consenso y colaboración de Intervinientes procedentes de diferentes países de la Unión Europea.

Este déficit es también patente en el campo de las comunidades terapéuticas para toxicómanos (CC.TT).

¹¹¹ MATTICK, R; Grenyer, BF “Quality Assurance in drug and alcohol treatment: the development of standards for treatment content” Drug and Alcohol Review 9, 75-79. 1990.

7. Definición de Comunidad Terapéutica Profesional

Con el soporte de la Unión Europea, a través de la Dirección General V (DGV), ERIT elaboró en el año 1996 un proyecto para formar un grupo de expertos Europeos en el estudio y desarrollo de la calidad en comunidad terapéutica. Este proyecto fue propuesto por el representante de ICT en ERIT (Jesús Martín Pozas. Fundación Girasol. Bajo cuya presidencia de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos, se publicó el ya clásico estudio de Domingo Comas Arnau “Criterios y Normas para la Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos”¹¹³).

Existe una gran diversidad de programas de deshabituación en drogodependencias. Esta diversidad también es notable en los programas que se definen a sí mismos como “comunidades terapéuticas”.

Los programas asociados en la Asociación de Intervinientes en Comunidades Terapéuticas (ICT), y los demás programas representados en este grupo de trabajo de ERIT se definen a sí mismas como comunidades terapéuticas profesionales Europeas que:

Están gestionadas por un equipo profesional, que desarrolla un programa de actividades terapéuticas y educativas explícito, con el objetivo de servir de ayuda al cliente en su inserción social como individuo de pleno derecho.

Afirman la utilidad de la comunidad terapéutica profesional como un recurso más para conseguir el objetivo anterior, integrado junto a otras modalidades de tratamiento en régimen de internamiento o ambulatorio (tratamiento farmacológico, terapia individual, etc.).

¹¹² VON Ooyen-Houben, M. “ISO-PLUS+. Framework for Appraising the Quality of Addiction Treatment and Care” Neviv. Trimbos Institut. Utrecht, 1997.

¹¹³ COMAS, D. “Criterios de Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos” APCTT, 1994.

8. Propuesta de un conjunto de indicadores de calidad

Una vez revisada y analizada la documentación recogida, los criterios que podrían ser considerados como “indicadores de calidad” en el tratamiento de las toxicomanías fueron agrupados en áreas específicas e incluidos en un listado denominado “Documento-Base”. Este “Documento-Base” fue sometido a la valoración del grupo. Cada uno de los miembros valoró cada criterio o indicador de calidad en dos escalas: La escala denominada VALOR (de 1 a 5) valora la validez del ítem como indicador de calidad en una comunidad terapéutica. La escala INDICACIÓN valora si el indicador o criterio de calidad ha de cumplirse siempre (E = “esencial”), en la medida de lo posible (A = “aplicable”) o no ha de ser aplicado en una comunidad terapéutica (N = “no aplicable”). Las respuestas de los miembros del grupo fueron puestas en común, y se calculó la puntuación media obtenida por cada criterio o indicador de calidad. Posteriormente fueron seleccionados aquellos indicadores que alcanzaban COMO MÍNIMO una puntuación de “aplicable” en la escala de INDICACIÓN y una puntuación media de 4 (indicador notable de calidad) en la escala de VALOR.

Como resultado de esta selección se obtuvo un conjunto de 120 indicadores de calidad, agrupados en 12 áreas del funcionamiento de programas de tratamiento en toxicomanías.

El contenido general de las diferentes secciones del Cuestionario o Listado de Indicadores de Calidad es el siguiente:

ASPECTOS FORMALES (3 ítems). Los indicadores incluidos se refieren al cumplimiento de los requisitos exigidos por las Administraciones para el funcionamiento, la acreditación/homologación de calidad por la Administración u otros colectivos y la importancia del programa dentro de la oferta asistencial.

ACTIVIDAD ECONÓMICA Y CUESTIONES FINANCIERAS (6 ítems). Especifica indicadores de calidad referidos a la existencia de un sistema de contabilidad y control financiero, viabilidad económica del proyecto, adecuación al marco legal en fiscalización, etc.

RELACIÓN CON LA COMUNIDAD Y CON OTROS SERVICIOS (7 ítems). Especifica criterios de calidad consistentes en la existencia de un programa específico orientado hacia la coordinación con otros servicios asistenciales y colectivos profesionales; la organización y participación en actividades de formación orientadas hacia profesionales y educación comunitaria. Asimismo se valora la existencia de un programa orientado hacia la proyección exterior del programa.

MEDIOS FÍSICOS, ENTORNO, CONTROL SANITARIO (14 ítems) Incluye indicadores que se refieren al espacio, instalaciones y materiales utilizados por el programa, clima social, medidas para el control sanitario, etc.

EQUIPO TÉCNICO: COMPOSICIÓN, FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN (10 ítems). Se refiere a la existencia de un equipo técnico profesional y multidisciplinar, y a sus características de estructura, formación de base y continuada, coordinación, supervisión y gestión.

TRATAMIENTO: GENERALIDADES, ACTIVIDADES Y PROGRAMAS EDUCATIVOS (16 ítems). Los indicadores incluidos se refieren a la existencia de una descripción documentada y precisa del programa terapéutico y educativo. Se valora la existencia de un programa transparente desde el punto de vista teórico e ideológico, bien conocido y divulgado, adaptado e individualizado, continuado, integrado y revisado periódicamente con el paciente, orientado específicamente a la reinserción social del mismo. Se valora la existencia de criterios específicos y objetivos para la aplicación de técnicas, que puedan ser medidos y evaluados.

PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN (9 ítems). Se refiere a la existencia de un procedimiento de administración estructurado y detallado, con criterios claros de indicación para el tratamiento en la CT, autonomía del programa respecto a las admisiones, evaluación a realizar con el paciente, información solicitada y almacenada en cada solicitud de ingreso, etc.

FINALIZACIÓN, DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO (7 ítems). Se valora la existencia de criterios definidos para la finalización del programa, la planificación de la salida, existencia de un programa de seguimiento acordado con el paciente, familiares y otros recursos, etc.

REGISTRO INDIVIDUAL DE PACIENTES (7 ítems). Incluye indicadores referidos a la existencia de un expediente o registro de cada solicitante y paciente; información que incluye: calidad, uso y utilidad de la información registrada para el programa; actualización y conservación de los expedientes o registros.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE PACIENTES (12 ítems). Se refiere a la existencia de un procedimiento formalizado para el diagnóstico y evaluación de los pacientes en diferentes áreas (problema en la admisión, durante el tratamiento y a la finalización del programa). Se valora la calidad de protocolos de evaluación, y su utilidad para la planificación y evaluación del tratamiento.

DERECHOS DEL PACIENTE (8 ítems). Detalla los criterios que una CT ha de cumplir, orientados a garantizar la protección de los derechos humanos, legales y estatutarios del paciente.

GARANTÍA DE CALIDAD (20 ítems). Éste área de indicadores se refiere a la existencia de un programa sistemático para la garantía de la calidad en el programa. Incluye diversos apartados: 1. El área de investigación y evaluación del programa; 2. evaluación del personal: derechos y responsabilidades clínicos y desarrollo profesional; 3. revisiones en la

utilización de los servicios y recursos; 4. revisiones de casos individuales y auditoría de la atención al paciente.

9. Criterios de indicación en comunidad terapéutica

La elección del contexto y modalidad de intervención debería estar basada en las demandas de un plan de tratamiento, las necesidades del paciente y las características de los servicios disponibles.

A priori, los pacientes deberían ser tratados en el entorno menos restrictivo posible respecto al acceso a las sustancias y otras conductas de riesgo, que tenga la mayor probabilidad de ser seguro y efectivo.

Las decisiones sobre el lugar de tratamiento deberían tener en cuenta: **a)** el deseo y capacidad del paciente para cooperar y beneficiarse del tratamiento; **b)** su necesidad de estructura, apoyo y supervisión para permanecer seguro y alejado de actividades y entornos que le promueven el uso y abuso de sustancias; **c)** la necesidad específica de tratamientos por comorbilidad médico-psiquiátrica; **d)** necesidad de tratamientos particulares o una intensidad de tratamiento disponible en entornos específicos; y **e)** la preferencia por un tratamiento determinado.

Los pacientes deberían ser derivados de un nivel asistencial a otro en función de estos criterios y de la evaluación clínica acerca de la disposición del paciente y posibilidad de beneficiarse de un nivel asistencial de menor intensidad (Hoffman NG et al.¹¹⁴ 1991).

Los estudios que comparan los beneficios relativos de diferentes modalidades de tratamiento presentan diversos problemas metodológicos derivados de la heterogeneidad de las muestras y tipos de programas, altas

¹¹⁴ HOFFMAN, NG, Halikas JA, Mee-Lee D y cols. "Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders" American Society of Addiction Medicine. Washington DC, 1991.

tasas de abandono, medidas de resultados diferentes, etc. (Apsler R¹¹⁵. et al. 1991). Pero es posible indicar algunos criterios que podrían definir la indicación del tratamiento en una comunidad terapéutica para problemas de abuso o dependencia a drogas.

Estos criterios de indicación deberían ser objeto de investigación sistemática, con el fin de contribuir a establecer el perfil del usuario más indicado para las CT y otros programas de asistencia a drogodependencias.

El rango de servicios disponibles en programas de comunidad terapéutica incluye desintoxicación, evaluación y tratamiento de problemas generales de tipo médico, evaluación psicológica, psicosocial, familiar y vocacional, terapia individual, grupal y familiar, intervención psico-educativa y motivacional, rehabilitación, prevención de recaídas, introducción al concepto y técnicas de autoayuda y elaboración de un plan post-tratamiento. La CT suele suministrar también (en su entorno o en colaboración con otros recursos) consejo vocacional, preparación para el empleo, tratamiento psicofarmacológico y psiquiátrico.

Pueden tener indicación de CT en régimen más restrictivo, siempre con el consentimiento firmado:

- Pacientes con comorbilidad psiquiátrica de intensidad moderada; con pobre control de impulsos o con alto riesgo de uso de drogas; con riesgo de sobredosis u otros riesgos para sí mismos u otras personas, que no pueden ser tratados con seguridad en un medio no residencial.
- Pacientes con historia documentada de falta de implicación o beneficio en tratamientos menos intensivos y cuya problemática de abuso constituye riesgo para la salud física o mental.

¹¹⁵ APSLER, R; Harding WM "Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: current status and recommendations for future research" En: Background Papers (...) NIDA, 1991.

Principalmente, el tratamiento en CT está indicado para pacientes cuyo funcionamiento vital e interacción social ha venido a enfocarse principalmente o exclusivamente en el uso o abuso de sustancias, o que carece de la suficiente motivación o apoyo social para mantenerse abstinentes en un entorno ambulatorio, sin reunir criterios para una hospitalización, comorbilidad médica o psiquiátrica severa. (Llorente del Pozo, JM¹¹⁶ et al., 1998).

Específicamente, los pacientes con dependencia a opiáceos, cocaína, o dependencia de diversas sustancias pueden presentar indicación de tratamiento residencial de duración media o larga, especialmente si hay poca probabilidad de que se beneficien de un tratamiento no residencial (De León G¹¹⁷, et al., 1989).

La CT suministra un entorno seguro y libre de drogas de abuso, donde el modelamiento conductual puede ser de especial utilidad para pacientes que necesitan un entorno altamente estructurado para iniciar el tratamiento.

Los criterios de duración del tratamiento residencial deberían ser en función del tiempo necesario para alcanzar criterios específicos de aprovechamiento, que a su vez predigan una transición exitosa a un entorno de tratamiento menos restrictivo: por ejemplo, una motivación notoria para seguir un tratamiento ambulatorio, capacidad y motivación para mantener la abstinencia en situaciones de riesgo para la recaída; la disponibilidad de una acomodación y apoyo social que favorezca la abstinencia; la estabilización de la comorbilidad médica y psiquiátrica en niveles tratables en régimen ambulatorio, y la existencia de un plan de seguimiento que incluya un plan de readmisión en régimen residencial si fuera necesario.

¹¹⁶ LLORENTE del Pozo, JM.; Fernández, C. Et al “Las Comunidades Terapéuticas en el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias” En: Adicciones, Vol.X.Nº6, 1998.

10. Evaluación cognitivo-conductual de heroinómanos en C.T.

Las modalidades de tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas son muy variadas. Dentro de los tipos de tratamientos de deshabituación, aplicados tras la desintoxicación, pueden distinguirse los dirigidos directamente al problema de la adicción y los relacionados de forma indirecta o hipotética al problema central, por ejemplo los modelos psiquiátricos del trastorno de personalidad (Gossop, 1993) o familiares, donde se considera a la conducta adictiva como síntoma de un problema más importante. Los enfoques terapéuticos directos en la conducta adictiva se centran en la conducta de consumo de sustancias, en las situaciones en las que ésta se produce y en los factores que la mantienen. El modelo de evaluación utilizado suele ser el análisis funcional de conducta y las estrategias de tratamiento son las utilizadas en la modificación de conducta.

Sin embargo, en una comunidad terapéutica para la deshabituación de heroinómanos no es posible someter a evaluación y estudio la conducta directa de consumo, puesto que los sujetos están abstinentes. En consecuencia, el objetivo de evaluación y modificación son las conductas que pueden desencadenar la vuelta al consumo o recaída (“partirse la cara”). Estas estrategias de evaluación e intervención pueden considerarse por lo tanto estrategias de prevención de recaídas y se basan generalmente en los modelos cognitivo-conductuales (Marlatt, 1993).

Existen diversos modelos cognitivo-conductuales de prevención de recaídas (Leukefeld y Tims, 1989; Tucker et al., 1992). Estos modelos se distinguen entre sí por la definición operativa de los conceptos de recuperación y recaída, el tipo de variables en las que se enfocan (situacionales, conductuales, cognitivas o psicofisiológicas y la interacción entre ellas), por los mecanismos y conceptos explicativos propuestos como factores que

¹¹⁷ DE LEÓN G, Rosenthal, MS “Treatment in residential therapeutic communities” En: Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force. Report of the American Psychiatric Association, vol. 2. Washington DC, APA, 1989.

determinan el proceso de la vuelta al consumo (factores de riesgo, factores que facilitan la recuperación) y en los métodos específicos de evaluación en intervención que utilizan.

Los modelos centrados en las variables ambientales analizan la conducta de consumo dentro de las características del entorno del sujeto en cuanto a la disponibilidad de la sustancia, la presión social hacia el consumo y los recursos de apoyo a la abstinencia.

Las intervenciones suelen dirigirse hacia el consejo y las intervenciones educativas: familiar, vocacional y laboral, con el fin de modificar el estilo de vida y dirigirlo hacia el logro de reforzadores derivados de la actividad pro-social (Leukefeld y Tims, 1989; Catalano, 1991).

Los modelos cognitivo-conductuales evalúan el estrés percibido por el sujeto en situaciones potencialmente asociadas al consumo, el repertorio de respuestas de afrontamiento que el sujeto posee ante tales situaciones, expectativas que tiene de poder evitar el consumo y en las respuestas afectivas y cognitivas que emite el sujeto ante las situaciones de riesgo.

El tratamiento se dirige a aumentar el conocimiento de los riesgos en el sujeto, aumentar el repertorio de respuestas comportamentales y cognitivas de afrontamiento del riesgo y disminuir el nivel de estrés mediante el aumento de la autoeficacia.

Posteriormente las intervenciones se dirigen hacia el cambio del estilo de vida aumentando el compromiso con la abstinencia disminuyendo las expectativas positivas ante el consumo de sustancias psicoactivas (Brownell y Marlatt, 1986; Annis, 1990; Echeburúa, 1986).

Los modelos motivacionales-condicionados se centran en el análisis de los estímulos externos y/o internos que precipitan el deseo de consumo y en la frecuencia e intensidad del mismo (Rohsenow et al., 1991). Las intervenciones se dirigen hacia la modificación del deseo de consumo

mediante la prevención de respuestas, la extinción, el condicionamiento de reacciones negativas hacia los estímulos que precipitan el deseo de consumo y el establecimiento de conductas alternativas al consumo (O'Brien et al., 1986; Chidress et al., 1991).

11. Retención en las comunidades terapéuticas

Las investigaciones sobre factores asociados a la retención en tratamientos por abuso de drogas han mostrado resultados muy variados y poco concluyentes. Pero, por ejemplo, en un estudio realizado en 22 CC.TT españolas, los sujetos que terminaban el tratamiento o eran derivados a otros servicios, significaban aproximadamente el 50% en el período 1991-1994¹¹⁸

En los últimos años, las investigaciones sobre retención se están orientando al estudio de factores dinámicos y motivacionales del individuo, como predictores del abandono. La mayoría de los autores, consideran que cada programa debería estudiar sistemáticamente la asociación entre retención y resultados de su programa, así como cuáles son los factores individuales, del programa y de interacción sujeto-programa que están influyendo en la retención, e indirectamente en los resultados del tratamiento.

12. Valoración económica de los servicios de una Comunidad Terapéutica Profesional

En 1990 se aplicó en este sentido los barámetros de número de personas (turnos, vacaciones, bajas, descansos mínimos obligatorios, etc) vigentes según el Estatuto de los Trabajadores y los Convenios y Reglamentos Sanitarios, y se pudo constatar que ningún centro asistencial en régimen de internamiento, aún con un número mínimo de plazas, puede funcionar con

¹¹⁸ FERNÁNDEZ, C; Llorente, JM; Carrón, J. "Sistema Estándar de Evaluación de la APCTT" APCTT, 1995

menos de diez-doce celadores, monitores, auxiliares y personal de guardia, aparte personal en tareas terapéuticas y educativas especializadas.

El hecho de que a las Comunidades Terapéuticas Profesionales no se les apliquen los mismos baremos (y sueldos) es injusto; aunque reivindicar la igualdad aún es bastante utópico. Por ello un cálculo más realista y posibilista, - y más acorde con la cultura y las expectativas vigentes en las Comunidades Terapéuticas Profesionales -, nos indica que el personal de soporte mínimo al que se podía aspirar era de siete personas (Comas, D. 1994)

Este equipo mínimo puede completarse con dos-tres técnicos (psicoterapeutas, educadores, monitores especializados y dirección) y otros a tiempo parcial (médico, ATS, asistente social, otros monitores, etc...) El resultado final es un equipo mínimo de diez-once personas cuyo coste (contrato laboral, cotización a la Seguridad Social, sin recurrir a prestaciones de servicios y otros mecanismos de precarización semilegales y con un sueldo equivalente a similares categorías de la red Sanitaria Pública) no podría ser inferior en 1990 a treinta millones de pesetas al año, que traducido a la actualidad supondría unos 60 millones de pesetas al año. Estaríamos hablando de un equipo de 10-12 personas y unos 15 usuarios.

Con relación a este presupuesto mínimo teórico, caben dos estrategias:

- Manejar exclusivamente este presupuesto mínimo y por tanto mantener también un equipo mínimo (10-12 personas) limitando el número de plazas a las que un equipo de este tamaño puede manejar y que se estima en menos de 20.
- Aumentar el presupuesto, el equipo y el número de plazas para reducir los costes unitarios.

Ambas estrategias son lícitas y contienen dificultades, aunque la primera parecía inviable a corto y medio plazo por parte de una serie de

Comunidades Terapéuticas Profesionales que están muy por debajo del gasto mencionado. La segunda puede permitir con mayor rapidez un ajuste coste/eficacia, pero a costa de romper con la dinámica de grupo terapéutico. La ampliación de plazas puede realizarse incrementando el equipo de en un nuevo miembro cada 5-7 plazas.

Según los Criterios de Homologación descritos por el doctor Comas, se estableció un límite de cincuenta plazas, considerando que esta cifra está en el límite de una posible intervención tipo “Comunidad Terapéutica”.

Cuando se comenzó con las Homologaciones, a principios de los 90, se pudo constatar empíricamente un dato ya conocido en el momento de poner en marcha el sistema, sólo tres de los veintiséis centros analizados manejaban un presupuesto económico igual o superior al considerado como mínimo, y en cuanto al resto, una mayoría se situaba por debajo de la mitad de tal presupuesto mínimo.

13. Criterios básicos para considerar una institución como Comunidad Terapéutica para Toxicómanos con carácter profesional.¹¹⁹

Las Comunidades Terapéuticas de carácter profesional deben desarrollar sus tareas sometiéndose a la legislación y normativas vigentes de la región donde se asienten, así como a las legislaciones y normativas, sanitarias, laborales y fiscales del Estado, y en especial las relativas a los derechos de las personas recogidas en el ordenamiento constitucional y otras declaraciones internacionales de los derechos de la persona.

En este sentido se considera:

- El ingreso en el centro es siempre voluntario y los toxicómanos pueden abandonar el tratamiento cuando lo deseen.

- Debe existir un tiempo límite preestablecido de estancia del toxicómano en la Comunidad.
- Debe garantizarse una asistencia y atención acorde con los problemas biopsicosociales que presentan la mayoría de los toxicómanos.
- Los derechos y deberes de los internos deben ser conocidos y aceptados por éstos en el momento del ingreso en el Centro, mediante un Contrato Terapéutico o la existencia de un Reglamento de Régimen Interno.
- No existirá ningún tipo de adoctrinamiento ideológico de los internos ni presión proselitista de ningún tipo.
- No existirá el aprovechamiento lucrativo del trabajo a las actividades que realizan los internos, por parte de la institución.

La Condición de Comunidad Terapéutica profesional se adquiere además:

- Por la existencia de un equipo multidisciplinar perfectamente diferenciado del grupo de asistidos y con contrato laboral.
- Por que este equipo posea la titulación y preparación adecuada para realizar las tareas profesionales que exige una Comunidad Terapéutica para Toxicómanos.
- Por la existencia de un programa terapéutico descrito, conocido e identificado en la perspectiva del saber y la formación científica sin que ello suponga exclusión de orientaciones o prácticas terapéuticas.
- Por que estos programas se adecuen a las características del centro, disponibilidades materiales y capacidad del equipo.

Debe exigirse además:

¹¹⁹ COMAS, D. "Criterios y Normas para la Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos" Ed. APCTT. 1994.

- Que existan criterios de valoración, diagnóstico, admisión y alta, soportados por protocolos médicos, psicológicos y sociales que posibiliten la existencia de sistemas de evaluación, y que éstos se utilicen para la autocrítica y la mejora permanente del proceso asistencial
- Que se colabore con los programas asistenciales amplios y con otras instituciones dedicadas al tratamiento del toxicómano o con fines sociales generales coincidentes con el objetivo fundamental de las Comunidades Terapéuticas: La reintegración del toxicómano a la vida social en las mejores condiciones de salud y calidad de vida posibles.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN DROGODEPENDENCIAS

1. Evolución de la Calidad en Drogodependencias

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN DROGODEPENDENCIAS

1. Evolución de la Calidad en Drogodependencias

Podemos concretar en cuatro etapas fundamentales, la evolución de la calidad en el ámbito de las drogodependencias:

- En los años 70 la calidad no preocupaba. La demanda asistencial superaba con creces la oferta y el servicio prestado era entendido como una obligación, primando criterios de evaluación de rendimientos (cuando existían)
- En la década de los 80 la demanda comenzó a ser absorbida por las redes asistenciales y comenzaron a instaurarse mecanismos de calidad fundamentados en dos aspectos: por un lado el aparato estructural (consistente fundamentalmente en normativa que desarrolla las autorizaciones administrativas y las acreditaciones) y, por otro lado, el aspecto del control al final del proceso (manejado básicamente a través de los conceptos de retención y recaídas).
- En los 90 la oferta asistencial presenta una cobertura prácticamente universal y se ha planteado ya con claridad que, la no-calidad representa un coste económico y social mayor que la calidad, instaurándose paulatinamente el control del proceso y ciertos mecanismos de gestión de la calidad total.
- En la futuro cercano adquirirá una importancia capital y prioritaria la labor de equipo, considerándose la entidad prestataria del servicio como un bloque compacto sustituyéndose los conceptos de inspección y control por

compromisos de responsabilidad aceptada y compartida (Pascual Fernández, C. 2000)¹²⁰

En la actualidad, la calidad de las organizaciones ha pasado a constituir un “valor que el cliente recibe del servicio” El concepto de calidad ha pasado, por tanto, a ser algo dinámico vinculado a los cambios de necesidades, preferencias y demandas de los usuarios. La calidad se ha convertido en un factor estratégico de importancia primordial para prestar de forma exitosa un servicio, en este caso de atención a drogodependientes.¹²¹

1.1. Concepto de valor

Un cliente (usuario) en un recurso de atención en drogodependencias, en definitiva, no es más que toda aquella persona que recibe el resultado de ese servicio y que espera recibirlo con un determinado nivel de calidad previamente establecido.

Actualmente los usuarios de los servicios de atención en drogodependencias (nuestros clientes) están mejor educados, demandan más de los servicios y han elevado sus expectativas de calidad.

En general los usuarios realizan una estimación del valor que les proporcionan distintos servicios, es decir, se crean unas determinadas expectativas sobre el valor del servicio que esperan recibir y están de acuerdo con ellas. Posteriormente, tienen una percepción del valor recibido que afecta a su nivel de satisfacción y a su probabilidad de volver a utilizar el servicio con expectativas de eficacia.

En resumen: los comportamientos de los usuarios de drogas con relación a los servicios de atención, no son los mismos en todos los casos, *los clientes de los servicios de atención en drogodependencias plantean o necesitan que*

¹²⁰ PASCUAL Fernández, C. "Gestión de la calidad en drogodependencias" En: "Adicciones" Vol.12, nº1.2000.

¹²¹ ENOR "Normas para el aseguramiento de la calidad" AENOR, Madrid 1992.

los servicios estén hechos a su medida, que cumplan unos requisitos que satisfagan sus necesidades.

Así tenemos que, los usuarios acuden al servicio que les proporciona la máxima expectativa de valor (**valor esperado**). Por otro lado el **valor recibido** lo constituye la diferencia entre los valores positivos y los negativos. El total de valores positivos lo constituye el conjunto de beneficios que los clientes reciben de un servicio (consecución de abstinencia, mejora en el estado de salud, mejora en sus condiciones sociales, acogida, otras prestaciones...) mientras que los valores negativos vienen determinados por los inconvenientes y dificultades que encuentran o perciben para acceder o durante la prestación del servicio (listas de espera, trato recibido, dificultades administrativas, requisitos de acceso...)

Se debe tener en cuenta que, finalmente nuestro cliente (usuario) siempre tiene la última palabra. La determinación del resultado final de la prestación del servicio depende en última instancia del propio paciente.¹²² A pesar de no encontrarnos en una situación de mercado competitivo en el ámbito de los servicios de atención a drogodependientes, no es menos cierto que existen alternativas diversas que ofrece la realidad asistencial. Tanto desde la iniciativa pública como desde la privada, y es el usuario quien finalmente decide si acude o no a recibir la prestación de nuestro servicio.

1.2. Calidad asistencial

En relación con la calidad asistencial podemos distinguir tres aspectos:

Calidad Necesaria: Entendemos por calidad necesaria aquello que el cliente necesita y espera, aunque en ocasiones no sepa o no pueda expresarlo con claridad. Requiere por tanto un interlocutor que comprenda al cliente y conozca el servicio.

¹²² MEDINA, G. "La importancia de la participación en los Programas de Calidad" Alta Dirección, nº179; 93-100. 1991

Calidad Programada: La calidad programada trata de ajustar lo que el cliente necesita y quiere con lo que la entidad puede ofrecerle. Precisa, pues, de una buena comunicación.

Calidad realizada: Se entiende por calidad realizada todo aquello que se consigue en la prestación del servicio. Depende del acuerdo entre quien diseña y programa y quien ejecuta.

1.3. Factores que influyen en la producción de la calidad

Regularizar la calidad para asegurarla y mejorarla durante la prestación de un servicio es posible teniendo en cuenta los siguientes factores:

- El elemento humano, en la prestación de los servicios, es fundamental.
- El flujo de información interna (gestión del conocimiento) debe ser completo y rápido.
- La prestación del servicio no se puede basar en reglas rígidas, sino que entraña un proceso dinámico y flexible.
- En muchos casos no es posible una reparación de la prestación de un servicio defectuoso, lo que obliga a ser extremadamente cuidadosos con la calidad del mismo.
- El control de la calidad debe hacerse casi siempre paralelo a la prestación del servicio.
- La definición de indicadores objetivos no es condición suficiente y es necesario considerar el grado de percepción del cliente.
- Descomponer el proceso de prestación del servicio en funciones y detallar cada una de ellas, constituye un instrumento fundamental en el sistema de calidad.

1.4. Percepción de la calidad

La calidad tiene mucho que ver con el servicio prestado pero, fundamentalmente con la percepción que el cliente tiene de la prestación de ese servicio. Por tanto a la hora de implantar políticas de gestión de la calidad es necesario tener muy presentes una serie de consideraciones acerca de la percepción del servicio:

- Los demás perciben el servicio de forma distinta a como el servicio se percibe a sí mismo.
- Los demás perciben al servicio de manera muy diferente a como el servicio piensa que le perciben.
- Grupos distintos de clientes perciben al servicio de manera diferente.
- Finalmente, el nivel del servicio que se percibe en un área del mismo es representativo para todo el servicio.

Por tanto, es necesario considerar la opinión que los clientes externos (usuarios) tienen del servicio y por supuesto la que poseen los propios profesionales que prestan el servicio en su calidad de clientes internos¹²³ La calidad percibida del servicio depende, por tanto, de la relación entre el servicio esperado y el servicio recibido.

1.5. Sistemas de calidad

El establecimiento de cualquier Sistema de Gestión de Calidad en drogodependencias, como en cualquier otra área del sector socio-sanitario, implica una filosofía previa de mejora continua de la calidad.

Establecer un sistema o programa de gestión de la calidad, conlleva un conjunto de elementos estructurales y actividades que tienen como finalidad

¹²³ DONABEDIAN, A. "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación" La Prensa Médica Mexicana, S.A. México DF 1982.

la mejora de la calidad en el marco de una cultura nueva de toda la organización, implicando a todos sus miembros.

Se entiende por sistema o programa de gestión de la calidad, la estructura organizativa, las responsabilidades, los procedimientos, procesos y recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de la calidad. Ello implica:

- *La existencia de una filosofía o política expresa de mejora de la calidad.*

El sistema o programa de la calidad es desarrollado e implantado como un medio para cumplir con las políticas y objetivos de calidad. Todas y cada una de las actividades relacionadas con la calidad del servicio deben constituir por tanto una parte integral del sistema o programa de calidad.

- *Una estructura organizativa para desarrollar dicha política.* Cualquier sistema o programa de gestión de la calidad es necesario que posea una estructura organizativa que ha de ser claramente identificable y debe estar vertebrada en el organigrama de la entidad. Así mismo, es obligado un desarrollo normativo que defina el reparto de responsabilidades, los circuitos de información de datos sobre la calidad y los mecanismos de elaboración de planes de mejora de la calidad; es decir, unas normas de funcionamiento, generalmente recogidas en un manual de calidad.

- Unas actividades concretas tendentes a lograr, controlar y mejorar la calidad que pueden estructurarse en tres grupos:

1. Actividades dirigidas a la identificación y análisis de problemas y oportunidades de mejora (ciclos de mejora, evaluación, ciclo evaluativo o ciclo de garantía de calidad).
2. Actividades dirigidas al diseño y elaboración de indicadores y su posterior monitorización (monitorización de la calidad).
3. Actividades encaminadas a diseñar los procesos para la mejora de la calidad (diseño de la calidad).

1.6. Enfoques de la calidad¹²⁴

La calidad puede estructurarse en torno a dos enfoques:

1. Calidad interna, se centra en el control de:

- El diseño del servicio.
- Los procesos y sistemas de funcionamiento.
- El servicio prestado.
- La materia prima: los profesionales y su formación.

2. Calidad externa, se centra en el control de la relación servicio-usuario:

- La prestación del servicio y los resultados obtenidos.
- La atención a reclamaciones.

1.7. Principios para la obtención de un servicio de calidad

En la implantación de sistemas de calidad debemos tener siempre presente que:

- No existen las soluciones fáciles y rápidas. La Calidad Total es una estrategia a largo plazo que supone un cambio de cultura, por lo tanto constituye un proceso arduo.
- No hay una única y mejor forma. Todas las organizaciones y las personas que las integran son diferentes y, por tanto, no existe una única forma de iniciar un proceso de mejora continua de la calidad, sino que existirán tantas como organizaciones y grupos de personas.

¹²⁴ PALMER, RH. "Evaluación en la asistencia ambulatoria. Principios y práctica." Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1989.

- La gente es más importante que los sistemas. La Calidad es una cultura no un sistema, tiene su base en las personas, que son quienes hacen de la calidad una realidad y que se produzca.
- Es fundamental evitar falsas informaciones. Es necesario dedicar tiempo a la formación rigurosa y científica.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CITADA EN EL INFORME

ALONSO, J; Prieto, L. & Cols. “La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36)” En: Med Clin (Barc) 104:771-776, 1995.

ARIAS Horcajadas, F.; Ochoa Mangado, E. ”Programas de deshabituación con Naltrexona” En: Adicciones. Vol.10, nº6.1998.

APSLER, R; Harding WM “Cost-effectiveness analysis of drug abuse Treatment: current status and recommendations for future research” En: Background Papers (...) NIDA, 1991.

AURICOMBE, M & Cols (1994) “Tratamiento de sustitución a base de metadona y buprenorfina, para las adicciones a la heroína” En: Coloquio Toxicomanías. Saint-Tropez, 1993.

Ibídem (1996) “Por qué razón la buprenorfina es una molécula original en el tratamiento de la farmacodependencia a los opiáceos” En: Coloquio Toxicomanías. Cannes, 1995.

BICKEL & colaboradores “Un ensayo clínico con buprenorfina: comparación con la metadona en la desintoxicación de heroinómanos” En: Clin. Pharmacol. Therap; 43, pp.72-78.1988.

CALENTANO, A. & Cols. “Mujer, Prostitución y VIH/SIDA” Facultad de C.C. Políticas. Universidad de Rosario, 1999.

CANCELO, J. “Reinserción en Drogodependencias: una respuesta a la Exclusión Social” En: Actas del Encuentro Internacional. Ed. Junta Castilla-La Mancha y G.I.D. Toledo, 1999.

CASTAÑO, GA. “Drogas en América Latina y reducción del daño” En: Adicciones. Vol.11, nº4, pp.387-393. 1999.

CASTEL, R. “La sociedad psiquiátrica avanzada” Anagrama. Barcelona, 1984.

COMAS, D. “Los estudios de seguimiento” Ed. G.I.D. Madrid.

COMAS, D. “Criterios y Normas para la Homologación de comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos” APCTT, 1994.

COMAS, D. “El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas” Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. PNSD. Madrid, 1988.

CONACE “Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile” Secretaría Ejecutiva, 1999.

CONASIDA “Boletín epidemiológico” M. De Salud de Chile. Sep. 1997.

DE REMENTERIA, I. “Grieta de las drogas: Desintegración Social y Políticas Públicas en América Latina”. Ed. Naciones Unidas. New York, 1997.

DE LEON, G.; Rosenthal, MS. “Treatment in residential therapeutic communities” En: Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force. Report of The American Psychiatric Association. Vol.2. Washington DC, APA, 1989.

DEPARTAMENTO de Investigaciones sobre Narcóticos (DENARC) “Repertorio anual” Sao Paulo, 1996.

DONABEDIAN, A. “La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación”. En: La Prensa Médica Mexicana, SA. México DF, 1982.

ELIZAGÁRATE, E.; Gutiérrez Fraile, M. “Antagonización rápida de opiáceos. Eficacia en una muestra de 91 pacientes” Hospital Santiago Apostol. Vitoria, 1996.

EMCDDA “Annual report on the state of the drugs problem in the European Union”. 1998

Ibídem, 1999.

ENOR “Normas para el aseguramiento de la calidad” AENOR. Madrid, 1992.

FERNÁNDEZ Gómez, C. “Investigaciones y desarrollo de la calidad en Comunidades Terapéuticas Europeas” Grupo ERIT sobre indicadores de calidad. En: Adicciones. Vol.10, nº3.1998.

FERNÁNDEZ, C.; Llorente, JM.; Carrón, J. “Sistema Estándar de Evaluación de las APCTT”.

FRANCI, J. “Gestión de la formación continua en las Organizaciones” Universidad de Barcelona, 1999.

FERNÁNDEZ Miranda, JJ & Cols. “Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona” En: Adicciones. Vol. 11, nº1.1999.

FUNDACIÓN Venezuela Libre de Drogas “Estudio sobre consumo de drogas entre estudiantes” En: Grupo Interinstitucional para la Investigación del Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Universidad Venezolana. CEPRODUC; Universidad de Carabobo, 1994.

GRONBLADH, L.; Öhlund, LS & Cols “Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment”. En: Acta Psychiar Scand. 82: 223-227; 1990.

HOFFMAN, NG & Cols “Patient Placement Criteria for The Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders” American Society o Addiction Medicine. Washington DC, 1991.

HUTEFEUILLE, M. “El Temgèsic: nuevo producto, vieja ilusión” En: Opciones Terapéuticas, Opciones Políticas: sufrimiento individual y miedos sociales. Actos celebrados en XII Jornadas Nacionales de I’AINIT. Interventions, nº30-31; p.27-29.1991.

HUTEFEUILLE, M; Polomeni, P. ”El resistible desarrollo de una droga legal” En: Journal du Sida, nº 35. 1992.

INTERCAMBIO “Entrevista a Evelyn Guiralt. Fundación Venezuela Libre de Drogas” Ed. F.A.D. nº3. Diciembre 1998.

INTERCAMBIO “Programa Presidencial de Colombia (...)” FAD. nº4. Junio 1999.

INTERCAMBIO “Entrevista Jorge Melguizo. Director de SURGIR” FAD. nº2. Junio 1998.

INTERCAMBIO “Metodología de prevención educativa sobre drogas” FAD. nº4. Junio 1999.

INTERCAMBIO “Entrevista a Angela Tello. Corporación Caminos” FAD. nº5. 1999.

JIMÉNEZ, A; Comas, D.; Carrón, J. “Los programas de integración social de drogodependencias” Ed. G.I.D. Madrid, 1995.

KREEK, MJ “Estados Unidos y Europa: perspectivas para el futuro tratamiento de los pacientes adictos a los opiáceos (...)” Lyon Méditerranée Médical-Medicine du Sud-Est; Tomo XXXIV, nº1.1998

KOSTEN, Thomas R. & Cols. “Síntomas Depresivos de los Adictos a los Opiáceos durante el Tratamiento de Sustitución a base de Buprenorfina” Journal of Substance Abuse Treatment, vol.7; pp. 51-54. 1990.

LASERNA, R “La grieta de las drogas: Alteración de la sociabilidad por efecto (...)” N.U. New York, 1997.

LEX, O “Estudio de los tratamientos a base de medicamentos” Cahiers de la Dèpendence, 15; pp. 33-51. Bélgica, 1991.

LING, W & Cols. “Mantenimiento de la buprenorfina en el tratamiento de los pacientes adictos a los opiáceos: un ensayo clínico multicéntrico y aleatorio” En: Adicciones; vol.9, nº1, pp.475-486.1998.

LLORENTE del Pozo, JM.; Fernández, C.; et al “Las Comunidades en el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias” En: Adicciones. Vol.X, nº6. 1998.

MANN, RD.; Wingard, S. “A cross-cultural study of drug rehabilitation methodologies in Sweden and the United States. En: Eisman, S. Drug Abuse. Foundation for a psychosocial approach. Faarmingdale. Baywood, 1987.

MASSALOUX, C “La inserción de drogodependientes (...)” En: Encuentro Internacional (...)” Ed. Junta Castilla-La Mancha y G.I.D. Toledo, 1999.

MELLO, Nancy K. & Cols. “Análisis sobre los efectos de la buprenorfina en los heroinómanos” En: The Journal of Pharmacology and Experimental Therapies; 233, nº1, pp.30-39.1982.

MEDINA, G “La importancia de la participación en los Programas de Calidad”. Alta Dirección, nº179; 93-100.1991

MIGUEZ, HA “Uso intravenoso de la cocaína en Argentina” En: Acta Psiquiátr Psicol Am Lat. 44 (1) 41-49. 1998.

MATTICK, R; Grenyer, BF “Quality Assurance in drug and alcohol treatment: The development of standards for treatment content” En: Drug and Alcohol Review 9, 75-79. 1990.

O'BRIEN, W “The Therapeutic Community: satiric or moving” En: Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. Roma, 1985.

OTTENBERG, D “The Therapeutic Community Today” C.I.S. Roma, 1974.

OVIEDO, E “Grieta de las drogas: Alteración de la sociabilidad por efecto (...)” Ed. N.U. New York, 1997.

PALMER, RH “Evaluación en la asistencia ambulatoria: Principios y práctica” Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.

PASCUAL Fernández, C “Gestión de la calidad en drogodependencias” En: Adicciones; vol.12, nº.1.2000.

PÉREZ Gómez, A “Consumo de Cocaína en América Latina” En: Simposio Internacional Coca y Cocaína”. Santafé de Bogotá. Octubre, 1995.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS “Características de los centros con tratamientos de metadona en España” Ministerio del Interior, 1997.

REINSINGER, M “Uso de la buprenorfina durante el embarazo” En: Research and Clinical Forum; vol.19 nº.2; pp. 43-45. 1997.

RESNICK, RB & Cols. “Buprenorfina: un tratamiento alternativo a la metadona para heroinómanos” En: Psychopharmacology Bulletin; vol.28; nº.1; pp.109-113. 1992.

REZITI, V “Situación en Grecia” En: Encuentro Internacional La Reinserción en Drogodependencias. Ed. Junta Castilla-La Mancha y G.I.D. Toledo, 1999.

ROIG-TRAVER, A “El modelo americano de Comunidad Terapéutica y su difusión en Europa” En: XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Palma de Mallorca, 1986.

ROTH, E.; Jung, JE “Panorama Actual de la Prevención del Consumo de Drogas en Bolivia” La Paz; CIEF/Development Associates, 1995.

SAN, L & Cols. “Valoración y manejo del síndrome de abstinencia en los individuos adictos a la buprenorfina” En: British Journal of Addiction; 87, pp. 55-62. (Este artículo surge de la sección de Toxicomanías del Hospital del Mar en Barcelona, 1992.

SÁNCHEZ-Carbonell, J; Brigos, B. Et al “Evolución de una muestra de heroinómanos, dos años después del inicio del Tratamiento”. (Proyecto EMETYST) En: Med Clin (Barc) 92: 135-139; 1989.

SILVA, A.; Monturiol, F.; et al “Calidad Asistencial Aplicada a los Servicios de Drogodependencias” En: Encuentro Nacional Sobre Sociología y Drogodependencias. Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. 357-386. Madrid, 1991.

TRACQUI & Cols. “Intoxicaciones agudas debidas al tratamiento sustitutivo a base de elevadas dosis de buprenorfina; 29 observaciones – 20 casos mortales” En: Press Med.; 27; pp.557-561. 1998.

UNODCCP “Global Illicit Drug Trends” Ed. N.U. New York, 1999.

VACCARI, G. “Estrategias de Gestión de recursos multisectoriales en un territorio” En: Encuentro Internacional (...)” Ed. Junta de Castilla-La Mancha y G.I.D.

VAILLANT, GE “Outcome research in narcotic addiction-problems an perspectives” En: Am J Drug Alcohol Abuse; 1: 25-26; 1974.

VON Ooyen-Houben, M. “ISO-PLUS + Framework for Appraising The Quality of Addiction Treatment and Care” Trimbos Institut, 1997.

World Health Organization “Option for the methadone in the Treatment of drug dependence” WHO Division of Mental Health, 1999.